

2020-02-01

# **Patientsäkerhetsberättelse 2020**

Psykiatri Halland

Ansvarig för innehållet:

Thomas Wejstam, Chefläkare

Ove Grahn, verksamhetscontroller

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
1. STRUKTUR	4
1.1 Övergripande mål och strategier	4
1.2 Organisation och ansvar	5
1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
1.4 Patienters och närståendes delaktighet	7
1.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
1.6 Klagomål och synpunkter	9
1.7 Egenkontroll	10
2 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	11
2.1 Riskanalys	12
2.2 Utredning av händelser - vårdskador	13
2.3 Informationssäkerhet	13
3 RESULTAT OCH ANALYS	15
3.1 Egenkontroll	15
3.2 Avvikelser	15
3.3 Klagomål och synpunkter	17
3.4 Händelser och vårdskador	18
3.5 Riskanalys	18
4 Mål och strategier för kommande år	19
5 Strålskyddsavslut	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

## **Sammanfattning**

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- Mål
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits
- De viktigaste resultaten som uppnåtts
- En blick framåt

### **Svar:**

Psykiatrins övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att bedriva god och säker vård. Psykiatrins arbete med patientsäkerhet ska vara uthålligt, systematiskt och leda till ständiga förbättringar. Samtliga patienter ska erbjudas en samordnad, säker och trygg vård med hög kvalitet.

Under året har verksamheterna kontinuerligt arbetat med att ytterligare förbättra patientsäkerheten. En viktig grund i patientsäkerhetsarbetet är ett fungerande avvikelssystem där verksamheterna fångar upp flera viktiga patientsäkerhetsaspekter som lyfts fram och arbetas med på flera olika nivåer, både på avdelningsnivå och på klinikinivå. Samtliga verksamheter i psykiatri har fungerande avvikelshantering.

Förvaltningen fortsätter med att förbättra arbetet med att involvera närstående och göra våra patienter mer delaktiga i vården. Förvaltningens olika verksamheter har arbetat med att ytterligare förbättra samarbetet mellan sig men även att vidareutveckla samverkan med vårdgrannar och då speciellt med de halländska kommunerna samt Hallands sjukhus.

Grunden i patientsäkerhetsarbetet är dock alla dagliga åtgärder och observationer som medarbetare gör i det patientnära arbetet.

Ett av de viktigaste resultaten som uppnåtts är att Psykiatri har kunnat upprätthålla en god och säker vård under de förutsättningar som varit med rådande Covid-19 pandemi. Genom ett medvetet och aktivt arbete har vi haft få Covid 19 fall, både bland patienter och bland personal, vilket har gjort att vi kunnat upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet utan att göra allt för omfattande neddragningar av vårdproduktionen.

Psykiatrins öppenvårdsmottagningar har under året arbetat aktivt med att ställa om till så mycket distansmöten som möjligt, utifrån patientens behov, för att bidra till minskad smittspridning i samhället och i verksamheterna. Ett mycket stort arbete har skett för att få teknik, rutiner och arbetssätt på plats för distansmöten, på ett

patientsäkert sätt. Arbetet har fallit väl ut och en stor del möten sker nu på distans, med gott resultat.

Framöver kommer Psykiatrin att vidareutveckla och stärka de befintliga strukturerna som finns kring patientsäkerhetsarbetet och implementera nya arbetssätt och rutiner på ett patientsäkert sätt, utifrån patientens behov.

## **Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarrens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **1. STRUKTUR**

### **1.1 Övergripande mål och strategier**

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

#### **Svar:**

Psykiatrin Halland ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med minskade vårdsador och kvalitetsbristkostnader som följd.

Psykiatrins arbete med patientsäkerhet ska vara uthålligt, systematiskt och leda till ständiga förbättringar. Samtliga patienter ska erbjudas en samordnad, säker och trygg vård med hög kvalitet. Verksamheten ska delta i nationella satsningar för en förbättrad patientsäkerhet.

Hörnstenar i patientsäkerhetsarbetet är

- Inrapporterade avvikelser, patientnämndsärenden och IVO-klagomål
- Händelseanalyser och internutredningar
- Patientsäkerhetsronder
- Uppföljning av resultat, jämförelser och indikatorer.

Detta ska leda till ständiga förbättringar av arbetssätt och rutiner och därmed bättre kvalitet- och patientsäkerhet

Inom Psykiatri Halland tillämpas en modell för patientsäkerhetsronder utifrån ”Patient Safety Leadership Walk Rounds”. Samtliga verksamheter ska genomföra patientsäkerhetsronder under året och uppföljning sker på respektive enhets APT samt att det efter sex månader sker ett uppföljningsmöte med deltagare från rondan.

I Psykiatri finns en styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet, som leds av chefläkaren. Samtliga verksamhetschefer, medicinsk utvecklingsstrateg, samt verksamhetsutvecklare deltar. Gruppens uppdrag är att i det systematiska arbetet för patientsäkerhet identifiera, förebygga och åtgärda risker i syfte att undvika negativa händelser.

Varje avdelning och mottagning har lokala mål utifrån verksamhetsplan, tidigare avvikelser och förbättringsarbeten. Att ha en verksamhetsnära utveckling ger ett riktat arbetssätt som därigenom fokuserar på just det man på respektive avdelning ser brister i.

## 1.2 Organisation och ansvar

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Inkludera stödfunktioner inom patientsäkerhet som t ex Chefläkare, Strama, Smittskydd, Vårdhygien, Patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, Kliniskt träningscenter, Patientnämnden.

### Svar:

Alla medarbetare i Psykiatri Halland har en skyldighet till att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls i verksamheten.

Det lokala patientsäkerhetsarbetet leds och planeras av respektive verksamhetschef, tillsammans med klinik-MLA och avdelningschefer och i samråd med förvaltningens Chefläkare. Arbetet sker i enlighet med beslutade rutiner och riktlinjer och sker i nära samarbete med Region Hallands olika stödfunktioner, så som smittskydd, vårdhygien, och patientnämnden.

Inom heldygnsvården finns utsedda patientsäkerhetsombud som ska stödja och främja det lokala patientsäkerhetsarbetet samt stödja verksamhetschef och klinik-MLA.

Inom öppenvården har rollen som klinik-MLA förstärkts under året och uppgår nu till 80% av en heltidstjänst, vilket innebär en avsevärd förstärkning av möjligheten till medicinskt stöd i patientsäkerhetsarbetet.

Inom respektive verksamhet sker regelbundna möten med MLA för att harmonisera arbetet och fånga upp medicinska frågeställningar samt patientsäkerhetsfrågor.

Inom respektive verksamhet finns uppbyggda strukturer och processer för att hantera avvikelser, klagomål och förbättringsförslag. Utsedda personer bearbetar och

återför resultat. Avvikelser redovisas kontinuerligt både på APT och på ledningsgruppsmöten.

För internutredningar och händelseanalyser finns dedikerade personer vilket innebär att förvaltningen som helhet har god kompetens och fungerande process för att genomföra internutredningar.

Heldygnsvården har utbildade instruktörer som undervisar i olika omvårdnadsmoment, som ven-/kapillärprovtagningar, blodtryckstagning mm samt utbildade instruktörer som kan undervisa i mer omfattande scenarier där man tränar i team och kan använda sig av KTC och SimMan.

Inom heldygnsvården finns utsedda självskyddsinstruktörer som regelbundet utbildar personal i att hantera olika situationer, vilket leder till förbättrad patientsäkerhet.

### **1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

Beskriv vilka processer/områden som identifierats där samverkan har skett för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

#### **Svar:**

I Psykiatri är samverkan och samarbete utifrån patientens behov en väsentlig del i både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan sker både inom egen organisation, mellan heldygnsvård/öppenvård, och mellan barn/vuxen-psykiatri, men även med vårdgrannar och idéburen/ideell sektor.

Till grund för samverkan finns beslutade handläggningsöverenskommelser och rutiner/riktlinjer som reglerar ansvarsfördelningen.

Samverkan och samarbete har skett kontinuerligt under året och nedan är ett axplock av extra insatser/aktiviteter som skett för att förbättra samverkan:

- Samarbete med Hallands sjukhus (HS) kring förbättringsarbete avseende gemensamma patienter och tydliggörande kring uppdrag vid patienter med tvångsvård och suicidnära patienter.
- Påbörjat implementering av riktlinje för att avgöra vårdnivå mellan IVA, medicinkliniken och psykiatriens heldygnsvård.
- Översyn av vilket stöd psykiatri kan erhålla från HS gällande somatiskt sjuka patienter som vårdas i psykiatri
- Samverkansforum finns mellan psykiatri och socialtjänst, ambulans, polis m.fl.
- Rutiner för samverkan mellan BUP/Vuxenpsykiatri är uppdaterade

- Implementering av arbetssätt som innebär att öppenvårdsmottagning deltar på ronderna (digitalt) en gång i veckan när det finns ineliggande patienter som har kontakt i öppenvården.
- Samarbete med och utbildning till LSS-boende som har hembesöksteam
- Inom rättspsykiatri kallas kommunens handläggare m.fl. till SVP
- Lokala dialogforum med Närsjukvård har startats upp för att stärka samverkan utifrån handlägningsöverenskommelserna.
- BUP har förbättrat flödet mellan intern heldygnsvård och öppenvård, för att förhindra vårdskador och säkerställa rätt vårdnivå.
- BUP deltar i ”taktisk grupp” tillsammans med kommunerna och har deltagit i ett flertal samverkansprojekt under året, t.ex. ”långvarig problematisk skolfrånvaro” och ”Samhandling/Barnahus”.

Under 2020 har den vuxenpsykiatriska heldygnsvården sett en ökad mängd avvikelser som inträffat i samband med överflyttning från avdelningen till en mottagande enhet. Kontinuerliga samtal med berörda enheter har skett i försök att förbättra processen för våra patienter.

#### **1.4 Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

##### **Svar:**

Samtliga verksamheter tar emot patienter och närståendes synpunkter kring vård och hanterar det enligt rutin. Vid vårdskador eller klagomål på vården får patienter/närstående information kring psykiatriens avvikelshantering samt information om möjligheten att vända sig till patientnämnden respektive IVO. Därutöver även information om Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF.

Inom verksamheterna finns en rad aktiviteter och forum för att involvera patienter och närstående. Ex. på detta är att vi

- strävar efter att erbjuda närståendesamtal med läkare och omvårdnadspersonal samt säkerställa kontakt med närstående vid in/ut – skrivning.
- deltar kontinuerligt i närståendegrupp tillsammans med Socialförvaltningen i Halmstad och har stående möten med Hemvårdsförvaltningen i Halmstad
- anordnar FNN-samtal (familje-nätverk-närstående-samtal)
- anordnar patientforum (ett slags patient-APT för ineliggande patienter)
- anordnar anhöriggrupper inom heldygnsvården

Inom BUP är vårdnadshavare involverade från första kontakt genom BCFPI, en strukturerad telefonintervju som genomförs i triageringen. Genom den uppföljning

som sker ett år efter den första telefonintervjun får vården en tydlig återkoppling av hur vårdnadshavare har uppfattat vården och vad som eventuellt har brustit. Detta ger en mer systematiserad bild än den bild man får i den naturliga återkopplingen när man träffar vårdnadshavare och andra närstående i den direkta vården av patienten.

Under året har Verksamhetschef och klinik-MLA haft ett flertal möten med patienter och närstående utifrån patientnämndsärenden och internutredningar.

Generellt sett finns det goda möjligheter för både närstående och patienter att kontakta både verksamhetschef och klinik-MLA för synpunkter på vården och patientsäkerhetsarbetet.

Till viss del har arbetet kring närståendes delaktighet varit en utmaning under rådande pandemi då fysiska möten generellt har bytts ut mot digitala, vilket delvis har försvårat kontakten med närstående.

Den vuxenpsykiatriska öppenvården har vidareutvecklat ”Psykiatrin i fickan” - en app som möjliggör för patienterna att bland annat skicka egenremisser, uppdatera mottagningen kring måendet vecka för vecka, ta emot svar från sin behandlare och göra kompletterande tester inför läkarbesök – allt för att förbättra precisionen i utformningen av vården och underlätta kontakten mellan patient och vårdpersonal. Appen har under året fått ett flertal nya funktioner och används mer frekvent, vilket gör patienter mer delaktiga i sin vård.

Psykiatrin Halland har sedan många år ett ”Brukarråd” som totalt innefattar ca 25 olika föreningar och som i brukarrådet representeras av NSPH Halland, Hallandsrådet och Brukarrådet Halland. Rådet träffas 2-3 gånger per termin med förvaltningschefen som sammankallande. I rådet avhandlas frågor som rör specialistpsykiatrin, bland annat innefattande mål- och inriktningsfrågor. Under 2021 kommer rådets uppdrag och prioriteringar att ses över

Under året har fortsatt planering skett för en brukarstyrd brukarrevision, som nu är planerad till mars 2021 utifrån området ”Utskrivning från heldygnsvården och övertagande av öppenvården”. Revisionen avser vuxenvården och kommer att genomföras i Halmstad. Syftet är att belysa hur övergången upplevs av patienter och anhöriga och vad som kan utvecklas/förbättras.

## **1.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vård-skador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

**En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.**



## **Svar:**

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera upptäckta avvikelser. Avvikelser är oönskade/negativa händelser som har lett till eller skulle kunna ha lett till skada på individ, skada på/störning av verksamheten och omgivande miljö. Avvikelser bearbetas med huvudansvar i den organisationsdel där avvikelserna uppmärksammas, med remissförfarande till berörda organisationsdelar utanför upptäckande verksamhet/förvaltning. Rapport och bearbetning sker i det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina. Till stöd för bearbetning finns fastställda rutiner.

Inom Psykiatri Halland utförs avvikelsebearbetningen av ansvarig avdelningschef som kan delegera vissa delar av avvikelshantering till särskilt utsedd bearbetare. I medicinska delar remitteras avvikelser till medicinska befattningshavare, vanligen till medicinskt ledningsansvarig överläkare, MLA, som finns vid respektive avdelning/mottagning. Klinik-MLA och verksamhetschef värderar allvarigare/potentiellt allvarigare avvikelser och avgör i vilken mån avvikelser ska internutredas och slutligen hänskjutas till chefläkare för beslut om eventuell anmälan enligt lex Maria.

Avvikelser sammanställs och redovisas regelbundet på APT och/eller andra forum, t.ex. läkarmöte eller sjuksköterskemöte. Om/när mönster i avvikelser upptäcks tas initiativ till att göra förbättringsarbete inom det området.

Flera mottagningar har dagliga pulsmöten såväl på mottagnings- som på verksamhetsnivå där ärenden som behöver hanteras akut/bråttom rapporteras och hanteras

Ett flertal avdelningar arbetar även enligt Gröna korset.

## **1.6 Klagomål och synpunkter**

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,*

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats.

**En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.**

## **Svar:**

Patientklagomål och synpunkter handläggs parallellt med övriga avvikelser inom ramen för det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina. Patienter och närstående kan klaga direkt till berörd avdelningschef eller till patientnämnden.

Patientnämndsavvikelser kommer till förvaltningsstaben som lägger in dem i Platina. Avdelningschefen får en notis via det systemet och verksamhetschef samt av

verksamhetschefen utsedd medarbetare får en notis via mail. Det är avdelningschefen på berörd avdelning/mottagning som ansvarar för att avvikelser blir bearbetade enligt gällande rutin. När bearbetningen är klar sker återkoppling till patientnämnden och patienten från verksamhetschefen. De synpunkter och klagomål som patienter och närstående har lyfts in i verksamhetens förbättringsarbete när det är relevant.

Anmälningsärenden registrerade hos IVO hanteras från förvaltningsnivån av chefläkaren som kopplar vidare till verksamhetschef som i sin tur handlägger ut i organisationen enligt gällande rutin. Återkoppling på ärenden från IVO sker på förvaltningsnivå och på verksamhetsnivå. Det sker även en återkoppling på berörd avdelning/mottagning genom APT.

Om den klagande har önskemål om möte med ansvariga brukar detta tillgodoses.

## 1.7 Egenkontroll

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2*

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. Resultat och analys redovisas under rubriken resultat och analys.

### Svar:

Egenkontroll sker till stor del genom uppföljning av olika mätningar, registreringar, statistikuppföljning och granskningar. Till exempel ingår samtliga vårdavdelningar utom Rättpsykiatri i nationella mätningar av trycksår förekomst, basal vårdhygien och vårdrelaterade infektioner. Kvalitetskontroll av dokumentationen vid tvångsåtgärder enligt LPT/LRV sker regelbundet. För ECT och rättpsykiatri rapporteras kontinuerligt data till respektive nationellt kvalitetsregister, som följs upp löpande. Egenkontroll sker även genom regelbundna kontroller av teknisk utrustning, provtagningsapparat, läkemedelshantering m.m. utifrån de dokument som finns fastställda i ledningssystemet.

En annan viktig del av förvaltningens egenkontroll utgörs genom uppföljning av patientsäkerhetsronder, internutredningar och händelseanalyser, vilket sker dels i verksamheten samt även i förvaltningens Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet. Vid uppföljningen i styrgruppen görs avstämning kring hur implementeringen av identifierade förbättringsåtgärder har fungerat. Om hinder för implementeringen identifieras vidtas åtgärder för att undanröja dessa hinder.

## 2 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat dvs. strategiska åtgärder som ni har genomfört för att nå era mål.

Beskriv även arbetssätt, verktyg, åtgärder och samarbeten som har haft betydelse för att förbättra patientsäkerheten under året.

### Svar:

Samtliga verksamheter inom Psykiatrin arbetar kontinuerligt med patientsäkerhetsarbete utifrån beslutade rutiner och riktlinjer. Avvikelse rapporteras i Platina och bearbetas enligt rutin. Psykiatrin fortsätter arbetet med att förbättra och förvalta ledningssystemet samt att fortlöpande uppdatera rutiner och riktlinjer

Under året har Psykiatrin haft stort fokus på att förebygga och säkra så att smittspridning av Covid 19 bland patienter och personal inte sker. Många nya arbetssätt och rutiner ha fått arbetas fram och utifrån nya direktiv revideras och implementeras ånyo. En stor utmaning har varit att anpassa och ställa om verksamheten med kort varsel så att produktion kunnat bibehållas i så normala nivåer som möjligt. Ett stort arbete har även skett för att säkra upp att patienter i stort behov av Psykiatrin har kunnat omhändertas fullgott ändå.

Under året har mycket utbildningsinsatser skett för öppenvårdspersonal som vid behov skulle kunna komma in och arbeta inom heldygnsvården, på ett patientsäkert sätt.

Daglig kontroll och inrapportering av smittläge, sjukfrånvaro och skyddsutrustningsnivåer m.m. har skett.

Att löpande kunna bemanna heldygnsvård och dubbla jourled har under året varit en svår uppgift att utföra utan att göra avkall på kvalitet eller patientsäkerhet.

Ett av de viktigaste resultaten som uppnåtts är att Psykiatrin har kunnat upprätthålla en god och säker vård under de förutsättningar som varit under pågående pandemi. Genom ett medvetet och aktivt arbete har vi haft få Covid 19 fall, både bland patienter och bland personal, vilket har gjort att vi kunnat upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet utan att göra allt för omfattande neddragningar på produktionen.

Psykiatrins öppenvårdsmottagningar har under året arbetat aktivt med att ställa om till så mycket distansmöten som möjligt, utifrån patientens behov, för att bidra till minskad smittspridning i samhället och i verksamheterna. Ett mycket stort arbete har skett för att få teknik, rutiner och arbetssätt på plats för distansmöten, på ett patientsäkert sätt. Arbetet har fallit väl ut och en stor del möten sker nu på distans, med gott resultat.

Exempel på några större och mindre åtgärder och arbetssätt som skett under året för att förbättra patientsäkerheten, utöver det som nämnts i tidigare kapitel:

- Tät kontakt har hållits med smittskydd/vårdhygien för att förhindra smitta och öka kunskapen hos personalen gällande att minska smittrisen.
- Fler personer har utsetts till att arbeta med internutredningar/händelseanalyser, däribland även flera ST-läkare, som ett led i deras utbildning.
- Ytterligare avdelningar har infört eller kommer under 2021 införa arbete enligt metoden Gröna Korset.
- En broschyr har tagits fram ”Att förebygga självmord - vad skall jag som anhörig tänka på”
- Utökade resurserna för klinik-MLA inom öppenvården
- Utökade MLA-möten mellan öppenvård och heldygnsvård
- Klinik-MLA förmedlar kontinuerligt information till läkarna kopplat till tvångsvård.
- Planering av uppstart av den suicidpreventiva utbildningen som leds av regionens suicidpreventionsansvariga.
- Rutiner i ledningssystemet har reviderats och uppdaterats kontinuerligt
- Ett flertal nya rutiner har upprättats och implementerats.
- Planering inför uppstart av ”En väg in” inom BUP har skett.
- Ett flertal lokalanpassningar har genomförts för förbättrad patientsäkerhet
- Inom heldygnsvården genomförs omvårdnadsrund för att säkerställa likvärdig vård och att planerade kontakter tas
- Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har man genomfört arbete enligt konceptet ”Ett samtal om dagen”
- Löpande kontroll av basala hygienregler/klädregler inom heldygnsvården
- Introduktionsmaterial till nya medarbetare har utvecklats.
- Vidareutveckling av olika checklistor och avstämningar mellan personal.

En stor del av patientsäkerhetsarbetet inom BUP är genomförandet av uppföljande telefonintervjuer på drygt 80 % av alla nya patienter från året innan. Genom de intervjuerna identifieras ärenden som har brister som utgör del av underlaget i kontinuerligt förbättringsarbete. Intervjuerna ger även information om patientens och närståendes upplevelser kring exempelvis bemötande och upplevd väntetid.

## 2.1 Riskanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

Beskriv hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit.

Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset , FRAM.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **Svar:**

Risicanalyser har genomförts i den omfattning som är nödvändig av såväl patientsäkerhets- som arbetsmiljöskäl. Riskhanteringen är en central del i avvikelshanteringen, där avvikelser kategoriseras och riskbedöms. Riskanalyser genomförs vid samtliga betydande förändringar.

Delar av förvaltningen använder Gröna korset, där risker kan uppmärksammas tidigt på daglig basis. Under året har ytterligare avdelningar infört arbetssättet, med gott resultat.

De avdelningar som har infört arbetssättet ser ett lyft i kunskap kring vad vårdskada och allvarlig vårdskada är och att de avvikelser som rapporteras in i Platina har en annan profil. Det finns en struktur för de händelser som noteras i Gröna korset men som inte resulterar i en avvikelse, så att de omhändertas och åtgärdas.

En betydande del i riskanalysarbetet är även alla dagliga åtgärder, observationer och därmed riskbedömningar som medarbetare gör i sitt patientnära arbete.

## **2.2 Utredning av händelser - vårdsador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **Svar:**

Under året har Psykiatrin anmält sex ärenden enligt lex Maria och haft cirka 30 internutredningar under handläggning.

Till största del rör det sig om suicid och oklara dödsfall samt orsaker kopplat till detta.

Utredningarna har bland annat resulterat i tydligare dokumentation samt översyn av arbetssätt, rutiner och information. Till stor del har förbättringarna inneburit ökad tydlighet i rapportering, ökad standardisering och förtydligande kring ansvarsfördelning.

Lärdomarna förmedlas kontinuerligt i verksamheterna.

## **2.3 Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
2. de riskanalyser som har gjorts,
3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,

4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

**Svar:**

Psykiatri Halland deltar i det regiongemensamma arbetet och följer fastställda rutiner i ledningssystemet.

Psykiatri finns representerade i det regiongemensamma nätverket för informationssäkerhet där informationssäkerhetsfrågor hanteras. Psykiatri samarbetar även med regionens dataskyddsenhet.

Under året har psykiatri IT-organisation stärkts och IT-ombuden har fått tydligare definierade uppdrag och mer tid för att utföra uppdragen, vilket bland annat kommer stärka förvaltningens informationssäkerhetsarbete ytterligare.

Under året har ett omfattande arbete utförts relaterat till Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) och olika informationssäkerhetsaspekter kopplat till detta.

## 3 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

### 3.1 Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Kontrollmoment	2019	2020
Avvikelser	1601	1339
Patientnämndsärenden	104	112
Lex Maria	5	6
Fall	33	44
Fallriskbedömning	21	311
Läkemedelsgenomgång	21667	23676
IVO Klagomål	14	16
Internutredningar	14	34

### 3.2 Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

#### Svar:

Samtliga verksamheter rapporterar systematiskt och kontinuerligt avvikelser, vilket innebär att det finns en fungerande avvikelserrapportering inom hela psykiatrin. Undantaget är förvaltningsstaben, där mycket få avvikelser rapporteras.

Vissa lokala skillnader förekommer och vid någon/några enheter syns stora förändringar i antal mellan 2019 och 2020, vilket behöver analyseras och hanteras lokalt.

Totalt sett har antalet avvikelser 2020 jämfört med 2019 minskat med ca 18%, där den största förändringen är inom kategorin Patient som har minskat med ca 30%, samtidigt har de okategoriserade avvikelserna ökat med ca 100%.

Av de rapporterade avvikelserna 2020 är cirka 850 Avslutade (65%). 2019 avslutades fler avvikelser (cirka 80%)

En förbättringsåtgärd är att tydliggöra avslutandet av avvikelserna och återföring av resultat för systematisk förbättring.

Av de riskbedömda avvikelserna har 24 st. riskbedömts inom riskområde 8-16 (rött), jämfört med 17st år 2019. Resterande återfinns inom riskområde 1-6 (grönt).

Vi kan se att avvikelser rapporteras av samtliga yrkeskategorier.

### Uppdelat per verksamhetsområde

Enhet	2019-01-01 - 2019-12-31	2020-01-01 - 2020-12-31
Psykiatri vuxen heldygnsvård	858	703
Psykiatri vuxen öppenvård	403	299
BUP och Ätstörningsvården	320	296
Förvaltningsledning och stab	0	2
Rättspsykiatri	20	41
<b>Total</b>	<b>1601</b>	<b>1341</b>

### Uppdelat per kategori

Kategori	2019-01-01 - 2019-12-31	2020-01-01 - 2020-12-31
Administration	242	183
Arbetsmiljö	55	53
Brand		2
Ej kategoriserade	144	304
Fastighet/Drift	11	9
Informationssäkerhet	54	30
IT och kommunikationsteknik	15	17
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	6	4
Miljö	5	3
<b>Patient</b>	<b>1483</b>	<b>1070</b>
Pedagogisk incident	3	1
Säkerhet	74	64
Transport	1	1
Vara/Tjänst	4	9
Övrigt	29	17
<b>Total</b>	<b>2126</b>	<b>1758</b>

*(Obs att flera kategorier kan väljas för samma avvikelse)*

### Uppdelat på kategori "Patient"

Kategori	2019-01-01 - 2019-12-31	2020-01-01 - 2020-12-31
Behandling/Omvårdnad	234	151
Beläggning		3
Bemötande	25	16
Debitering	1	
Diagnostik/Utredning	23	28
Dokumentation	127	46
Fall	32	44
Förebyggande åtgärd	7	14
Hjälpmedelsanvändning	1	1
Hjälpmedelsutprovning/-anpassning	1	1
Information/Kommunikation	63	51
Journal via nätet	2	2
Klagomål/Synpunkter	118	62
Kost	7	1



Laboratoriemedicin	1	1
Läkemedelshantering	126	40
Medicinteknisk produkt	3	1
Patient	310	261
Patientidentifikation	25	16
Provtagning/Provhantering	10	13
Riskpatient	66	74
Samverkan	65	76
Säkerhet	129	73
Tillgänglighet	20	13
Transport	4	1
Undersökning	3	2
Uppföljning/Utvärdering	9	9
Våld och hot	12	21
Vårdadministration	47	40
Vårdhygien	6	7
Vårdtyngd	6	2
<b>Total</b>	<b>1483</b>	<b>1070</b>

*(Obs att flera kategorier kan väljas för samma avvikelser)*

### 3.3 Klagomål och synpunkter

Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

#### Svar:

Via patientnämnden har patienter/närstående lämnat klagomål på vården och till förvaltningen kom det 112 ärenden 2020, jämfört med 104st år 2019.

Klagomålen var av varierande karaktär. Dock finns det fortsatt tre tydliga områden som är återkommande: Brister i bemötande, klagomål om felaktigheter i t ex journal, utredning eller medicinering samt långsam handläggning av t ex utredning, intyg eller receptförnyelse. Klagomålsärenden kopplat till dödsfall samt oenighet kring journaltext kan också ses. Klagomålen har generellt varierande karaktär och behöver till stor del värderas utifrån det enskilda ärendet.

Beträffande klagomål kring vårdövergången mellan heldygnsvård och öppenvård har de båda vuxenpsykiatriska verksamheterna infört ett standardiserat arbetssätt i form av gemensamma förbättringsmöten där problem som berör båda verksamheterna tas upp. Detta arbetssätt har fallit väl ut och klagomålen inom detta område har minskats kontinuerligt.

Samtliga verksamheter har arbetat med att förkorta handläggningstiden för patientnämndsärendena. BUP når den förvaltningsgemensamma målsättningen med svar inom 4 veckor, Vuxenpsykiatrins öppenvård har något längre genomsnittlig svarstid än så. Resultatet som helhet måste betraktas som mycket bra med tanke på

rådande pandemi under större delen av 2020. Pandemieffekten inom detta område framträder tydligast inom Vuxenpsykiatrins heldygnsvård vilket är förklarligt givet rådande situation.

### **3.4 Händelser och vårdskador**

Gör en samlad analys från utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

#### **Svar:**

Under året har Psykiatrin anmält sex ärenden enligt lex Maria och haft 34 internutredningar/händelseanalyser under handläggning.

Till största del rör det sig om suicid och oklara dödsfall samt orsaker kopplat till detta.

Utredningarna har bland annat resulterat i tydligare dokumentation samt översyn av arbetssätt, rutiner och information. Till stor del har förbättringarna inneburit tydlighet i rapportering, standardisering och förtydligande kring ansvarsfördelning.

Lärdomarna har förmedlats vidare i verksamheterna.

### **3.5 Riskanalys**

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Det är viktigt att resultaten speglar alla delar i vårdgivarens organisation (somatisk vård, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård, eventuell hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård.)

Resultat som inte har direkt koppling till uppsatta mål och strategier kan redovisas i slutet i kapitlet resultat och analys eller i en bilaga.

#### **Svar:**

Se tidigare kapitel om Riskanalys. Lärdomar har främst dragits i respektive riskanalys och den aktuella situation som analyserats. En generell lärdom är att sänka tröskeln för riskanalys, dvs att det ska vara enkelt att göra en riskanalys, utan onödig administration.

## 4 Mål och strategier för kommande år

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

### Svar:

Framöver kommer Psykiatrin att vidareutveckla och stärka de befintliga strukturerna som finns kring patientsäkerhetsarbetet och implementera nya arbetsätt och rutiner på ett patientsäkert sätt, utifrån patientens behov.

Övergripande innebär detta att Psykiatrin:

- fortsätter arbetet med att öka delaktigheten i vården för patienter och närstående.
- fortsatt utvecklar samverkan inom egen organisation och med vårdgrannar.
- fortsätter arbetet med att förkorta handläggningstiderna vid internutredningar/händelseanalyser.
- Ytterligare vidareutvecklar systematiken i uppföljning av implementering av föreslagna förbättringsåtgärder i internutredningar/händelseanalyser samt vid patientsäkerhetsronder.
- Implementerar digitala arbetsätt på ett patientsäkert sätt, t.ex. distansbesök, digitala skattningsskalor, webbtidbok osv.
- Fortsatt förbättrar vårdprocesser utifrån nationell kunskapsstyrning.

Mer konkreta aktiviteter kommande år är att:

- Fortsatt säkra patientsäkerhet utifrån pandemisituation.
- Följa rapportsystem SBAR, vilket leder till en förbättrad kommunikation utifrån patientens behov.
- Inom heldygnsvården fortsätta implementera arbetet med att förbättra tillämpningen av Gröna Korset
- Arbeta vidare med fallprevention.
- Fortsätta utveckla medverkan från öppenvården på ronder i heldygnsvården.
- Genomföra webbaserad suicidpreventionsutbildning för omvårdnadspersonalen.
- Minska väntetiden för bedömning i triage, vilket minskar risken för att patienter avviker
- Minska behovet av att utlokalisera rättspsykiatriska patienter.
- Ett viktigt fokusområde under 2021 blir fortsatt arbete för att uppnå kortare väntetider till LARO-mottagningen i Halmstad.

