

Patientsäkerhets- berättelse 2021

Förvaltning/Vårdgivare: Psykiatri Halland

Ansvarig: Thomas Wejstam, Chefläkare
Ove Grahn, Verksamhetscontroller

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Inledning | 1 |
| SAMMANFATTNING | 2 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD | 3 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 3 |
| Övergripande mål och strategier | 3 |
| Organisation och ansvar | 4 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 5 |
| Informationssäkerhet | 6 |
| En god säkerhetskultur | 6 |
| Adekvat kunskap och kompetens | 7 |
| Patienten som medskapare | 8 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD | 9 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador | 11 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 11 |
| Säker vård här och nu | 12 |
| Riskhantering | 12 |
| Stärka analys, lärande och utveckling | 13 |
| Avvikelser | 13 |
| Klagomål och synpunkter | 16 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap | 17 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR | 18 |

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt 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 samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet.

SAMMANFATTNING

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 grundbult 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 kliniknivå.

Samtliga verksamheter i psykiatrin har fungerande avvikelshantering.

En viktig komponent i patientsäkerhetsarbetet är också alla dagliga åtgärder och observationer som medarbetare gör i det patientnära arbetet.

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

En viktig del att uppmärksamma är att Psykiatrin under 2021, liksom under 2020, har kunnat upprätthålla en god och säker vård under pågående Covid-19 pandemi.

Sammanfattningsvis finns en väl fungerande systematik och struktur för att arbeta patientsäkert och det generella säkerhetsläget bedöms vara gott i förvaltningen.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Psykiatri Halland ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med minskade vårdskador 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

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 rondens.

I Psykiatri Halland 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 samt verka för att förebygga och åtgärda risker i syfte att undvika negativa händelser. En viktig del i arbetet utgörs av systematisk uppföljning av åtgärdsförslag i internutredningar/händelseanalyser samt patientsäkerhetsronder.

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

Organisation och ansvar

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

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 patientnämnden, smittskydd och vårdhygien.

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 utsedda personer inom verksamheterna som samordnar arbetet vilket leder till att förvaltningen som helhet har god kompetens och fungerande process för att genomföra internutredningar. Dock utgörs ett aktuellt förbättringsområde av att säkerställa att medarbetare i alla delar av förvaltningen tillräckligt snabbt efter en inträffad händelse regelmässigt kan avsätta tid för arbetet med händelseanalyser/internutredningar.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I Psykiatrin 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/vuxenpsykiatri, men även med vårdgrannar och idéburen/ideell sektor.

Till grund för samverkan finns beslutade överenskommelser och rutiner/riktlinjer som reglerar ansvarsfördelningen. Samverkan och samarbete sker kontinuerligt 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, bland annat har en gemensam rutin tagits fram kring hantering av Psykiatrisk bedömning och tvångsvård enligt LPT för patienter inlagda på Hallands Sjukhus
- Inom heldygnsvården finns kontinuerlig samverkan etablerad tillsammans med socialtjänst, ambulans, polis, öppenvård och mellan psykiatriska avdelningar i Halmstad och Varberg.
- Vidareutveckling av arbetssättet att öppenvårdsmottagning deltar på heldygnsvårdens ronder (digitalt) en gång i veckan när det finns ineliggande patienter som har uppföljning i öppenvården.
- Stabil struktur för samverkan mellan Närsjukvården och vuxenpsykiatriska öppenvården är etablerad på flertalet enheter, i form av möten där MLA och chefer från både NSVH och PSH deltar i gemensam problemlösning.
- Vuxenpsykiatrisk Öppenvård och Heldygnsvård har etablerat och vidareutvecklat en struktur med dagliga pulsmöten för ständiga förbättringar.
- Ett nytt samverkansavtal är framtaget tillsammans med kommunerna, vilket nu successivt kommer implementeras.
- Rutiner för samarbete mellan BUP/Vuxenpsykiatrin är uppdaterade och implementerade
- Inom BUP sker samverkansmöten kontinuerligt mellan öppenvårdsmottagningar och respektive kommuns socialtjänst.

Ett förbättringsområde kommande år är att etablera en strukturerad samverkan mellan vuxenpsykiatrin och habiliteringen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

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

Under året har psykiatrins IT-organisation stärkts och utvecklats ytterligare, för att kunna möta Region Hallands nya struktur för IT- och digitalisering. Psykiatrins IT-samordnare har fått tydligare definierade uppdrag och mer tid för att utföra uppdragen, och förvaltningens IT-ombud kommer få tydligare uppdrag vilket bland annat kommer stärka förvaltningens informationssäkerhetsarbete ytterligare.

Under året har ett omfattande arbete utförts gällande Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) och olika informationssäkerhetsaspekter kopplat till detta. Bland annat har en Styrgrupp etablerats inom psykiatrin för FVIS där förvaltningschef, verksamhetschefer, chefläkare samt projektledare för FVIS ingår.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

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



I samtliga verksamheter genomförs patientsäkerhetsronder årligen och följs upp efter sex månader. Resultatet återförs och diskuteras på APT samt följs upp i förvaltningens Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet.

Patientsäkerhetsfrågor lyfts regelbundet i dagliga pulsmöten och på APT och det finns väl fungerande strukturer för att diskutera patientsäkerhet och avvikelser, och vid behov eskalera dessa till förbättringsmöten för lösning.

Avvikelsehanteringen är väl fungerande i hela organisationen och hanteras så långt det är möjligt på lokal nivå, där problemen har uppstått. Säkerhetstänkandet är högt bland personalen och över tid har vi också kunnat se en tydlig förändring i attityd till att skriva avvikelser från att skriva avvikelser med fokus på att "någon" gjort fel till att i stället se själva händelsen och att det är den som är fokus.

Införandet av Gröna korset inom heldygnsvården leder också till en ytterligare förbättrad säkerhetskultur och blir ett naturligt sätt att synliggöra och diskutera patientsäkerhetsfrågor, och ett sätt att höja kunskapsnivån ytterligare. Det har också lett till att det är enklare att ta upp och diskutera säkerhetsfrågor.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Heldygnsvården har ett utsett patientsäkerhetsombud på varje avdelning som i sitt uppdrag bland annat har att hålla sig uppdaterad i ämnet och i samråd med avdelningschef förmedla ut kunskap och information till medarbetarna.

En viktig del är att nya medarbetare ska introduceras och utbildas. Inom BUP är patientsäkerhet en del av den internutbildning som genomförs varje år för all ny personal och i den vuxenpsykiatriska öppenvården har det under året utvecklats introduktionsfilmer för nya medarbetare som visar på de standards som styr arbetet. Vidare har psykiatrin utvecklat ett omfattande internutbildningsprogram där viktiga moment som suicidpreventivt arbete och nybesöksbedömningar ingår.

Arbetet med att utveckla patientsäkerhetsronder fortlöper kontinuerligt för att säkerställa bra förberedelser, tvärprofessionell representation och väl fungerande uppföljning.

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.

Verksamhetschef och Klinik-MLA har under året utbildat sektionsledare i att göra internutredningar och några av dem har påbörjat detta arbete. Vi såg ett stort behov av att ha fler personer som kan delta i det arbetet.

Inom Heldygnsvården har Verksamhetsutvecklare medverkat vid behov på APT för att informera och förmedla ny kunskap i ämnet. Verksamhetsutvecklare finns även tillgänglig som stöd i patientsäkerhetsarbetet, till exempel i bearbetandet av avvikelser.

Inom Psykiatrin finns en "Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet" där bland annat regional och nationell kunskap diskuteras och förmedlas.

Under året har rutiner och riktlinjer i ledningssystemet kontinuerligt setts över och gjorts tillgängliga via "snabblänk" från intranätets startside, för att förenkla för medarbetarna i sökandet av relevanta rutiner.

Under året har Psykiatrin även bidragit i det påbörjade arbetet för en Regional handlingsplan för patientsäkerhet

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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 Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF. Därutöver också information om möjligheten att vända sig till patientnämnden och till IVO.

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 patientråd (ett slags patient-APT för ineliggande patienter)
- anordnar anhöriggrupper inom heldygnsvården
- genomför patientenkäter inom heldygnsvården

Inom den Vuxenpsykiatriska heldygnsvården har ett arbetssätt under året arbetats fram för att involvera patient och närståendeperspektivet i patientsäkerhetsronder, där patienter och närstående erbjuds delta med sina synpunkter och observationer. Ett material är framtaget till avdelningarna med exempel på hur närstående och patienter kan involveras i patientsäkerhetsarbetet.

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 Verksamhetschefer 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. Samtliga verksamheter har ett gott samarbete med patientnämnden och chefer prioriterar kontakt med anhöriga i samband med klagomål. Närstående uppmuntras kontinuerligt att vara delaktiga i patienternas vård.

Den vuxenpsykiatriska öppenvården har fortsatt vidareutveckla ”Psykiatrin i fickan” och BUP har fortsatt implementeringen av ”Blå Appen”. Båda verktygen möjliggör effektivare hantering av skattningsskalor och underlag, samt för patienterna att uppdatera mottagningen kring sitt mående, 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. Detta leder till att patienterna blir 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 har rådets uppdrag och prioriteringar setts över för att bli än mer kärnfullt.

Under året har en brukarstyrd brukarrevision påbörjats utifrån området ”Utskrivning från heldygnsvården och övertagande av öppenvården”. Revisionen avser vuxenpsykiatrin och genomförs oktober - januari i Halmstad. Syftet är att belysa hur överväxlingen upplevs av patienter och anhöriga och vad som kan utvecklas/förbättras.

Vid organisationsförändringar eller vid nystart av verksamheter strävar vi alltid efter att få med brukare i processen.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.*

Patientsäkerhetsronderna utgör ett viktigt instrument i förvaltningens egenkontroll. Uppföljning av dessa samt internutredningar och händelseanalyser sker dels i verksamheterna, dels i förvaltningens Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet.

Även patientnämndsärenden och avvikelser följs upp systematiskt.

Egenkontroll utförs också genom uppföljning av olika mätningar samt tillämpliga kvalitetsregister. För ECT och rättspsykiatri rapporteras kontinuerligt data till respektive nationellt kvalitetsregister, som följs upp löpande.

Samtliga vårdavdelningar utom Rättspsykiatrin ingår också i nationella mätningar av trycksår förekomst, basal vårdhygien och vårdrelaterade infektioner.

Kvalitetskontroll av dokumentationen vid tvångsåtgärder enligt LPT/LRV sker regelbundet.

Egenkontroll sker även genom regelbundna kontroller av teknisk utrustning, provtagningsapparat, läkemedelshantering med mera utifrån de dokument som finns fastställda i ledningssystemet. Patientnämndsärenden och avvikelser följs upp systematiskt.

| Kontrollmoment | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------|--------|--------|--------|
| Avvikelser | 1601 | 1339 | 1413 |
| Patientnämndsärenden | 104 | 112 | 107 |
| Lex Maria | 5 | 6 | 1 |
| Fall | 33 | 44 | 26 |
| Fallriskbedömning | 21 | 311 | 272 |
| Läkemedelsgenomgång | 21 667 | 23 676 | 23 660 |
| IVO Klagomål | 14 | 16 | 13 |
| Internutredningar | 14 | 34 | 33 |

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



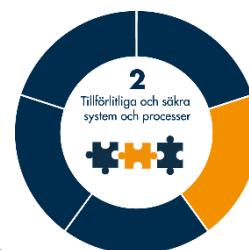
Under året har Psykiatrin anmält ett ärende enligt Lex Maria och haft ett 30-tal internutredningar under handläggning.

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

Utredningarna har bland annat inneburit tydligare dokumentation samt översyn av arbetssätt, rutiner och information. Till stor del har förbättringen inneburit tydlighet i rapportering, standardisering och förtydligande kring ansvarsfördelning. Lärdomarna sprids kontinuerligt i verksamheterna.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



En grundläggande del i att säkra patientsäkerhetsarbetet och dess system och processer är följsamhet till beslutade rutiner och riktlinjer i ledningssystemet. Dessa ses över kontinuerligt och diskuteras både lokalt och på övergripande nivå. Att ha etablerade standarder för till exempel nybesök, dokumentation och suicidriskbedömning bidrar starkt till att säkerställa systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Tack vare väl fungerande systematik och struktur för att arbeta patientsäkert bedöms det generella säkerhetsläget vara gott i förvaltningen.

Under året har vi, utöver det systematiska patientsäkerhetsarbetet även fokuserat på att åtgärda vissa strukturella och organisatoriska brister, vilket i förlängningen innebär ökad patientsäkerhet. Exempelvis har vi

- Förbättrat interna flöden och tillgängligheten till olika insatser, både inom vuxenpsykiatri och inom BUP, vilket innebär att fler patienter får rätt vård i rätt tid.
- Utökat kapaciteten inom LARO-verksamheten, vilket innebär betydande förbättringar för patienterna.
- Fortsatt planeringen för en klass 3-avdelning för rättspsykiatriska patienter, vilket förväntas innebära förbättrad vårdkvalitet och patientsäkerhet framöver.
- Etablerat triageringsverksamheten "En väg in -kontaktcenter för barn och unga" samt två nya mottagningar; "Barn- och ungas psykiska hälsa" vilket innebär att fler barn kan omhändertas, på rätt vårdnivå.
- Fortsatt utveckla och implementera digitala verktyg och arbetssätt

En utmaning under året och kommande år är kompetensförsörjning och bemanning. Under året har inhyrd personal till viss del varit en nödvändig komponent för att säkerställa adekvat vårdtillgång.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser 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 sker 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 en förhöjd nivå i kunskap kring vad vårdskada och allvarlig vårdskada är.

Inom förvaltningen finns en fungerande struktur för att arbeta med förbättringsmetodik enligt ständiga förbättringar; täta möten där också risker, inte bara inträffade negativa händelser, lyfts in och hanteras snabbt och kan eskaleras enligt stegvis metodik.

Exempel på några generella risker som varit föremål för insatser under året:

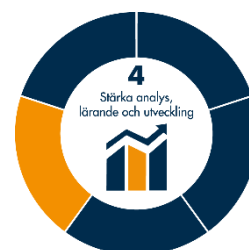
- Risker kopplat till vårdens övergångar
- Risker kopplat till remissförfarande
- Risker kopplat till 1177, webbtidbok, VAS och IT-system
- Risker kopplat till kö och väntelistor
- Risker kopplat till kapacitetsbrist och bemanningsproblematik

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

Risker identifieras även systematiskt genom de årliga patientsäkerhetsronderna

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera upptäckta avvikelser. 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 överlämnas till chefläkare för beslut om eventuell anmälan enligt lex Maria.

Avvikelse sammanställs och redovisas regelbundet på APT och/eller andra forum, till exempel läkarmöte eller sjuksköterskemöte. Om/när mönster i avvikelser upptäcks tas initiativ till att göra förändringar inom det området. Lärdomarna sprids till berörda verksamheter.

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

Ett flertal enheter arbetar även med Gröna korset

| Inrapporterade avvikelser | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Psykiatri vuxen heldygnsvård | 858 | 703 | 571 |
| Psykiatri vuxen öppenvård | 403 | 299 | 325 |
| BUP och Åtstörningsvården | 320 | 294 | 470 |
| Förvaltningsledning och stab | 0 | 2 | 2 |
| Rättspsykiatri | 20 | 41 | 45 |
| Total | 1601 | 1339 | 1413 |

Samtliga kliniska verksamheter rapporterar systematiskt och kontinuerligt avvikelser, vilket innebär att det finns en fungerande avvikelserapportering inom hela psykiatrien.

| Kategori | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Administration | 242 | 183 | 168 |
| Arbetsmiljö | 55 | 53 | 36 |
| Brand | | 2 | 3 |
| Ej kategoriserade | 144 | 304 | 439 |
| Fastighet/Drift | 11 | 9 | 6 |
| Informationssäkerhet | 54 | 30 | 29 |
| IT och kommunikationsteknik | 15 | 17 | 24 |
| Medicinteknisk produkt/Hjälpmiddel | 6 | 4 | 2 |
| Miljö | 5 | 3 | 5 |
| Patient | 1483 | 1053 | 916 |
| Pedagogisk incident | 3 | 1 | 1 |
| Säkerhet | 74 | 64 | 57 |
| Transport | 1 | 1 | 2 |
| Vara/Tjänst | 4 | 9 | 2 |
| Övrigt | 29 | 17 | 13 |
| Total | 2126 | 1750 | 1711 |

| Underkategori "Patient" | 2020 | 2021 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| Behandling/Omvårdnad | 187 | 186 |
| Beläggning | 2 | |
| Bemötande | 20 | 13 |
| Diagnostik/Utreddning | 35 | 11 |
| Dokumentation | 56 | 72 |
| Fall | 45 | 28 |
| Förebyggande åtgärd | 15 | 5 |
| Hjälpmedelsanvändning | 1 | 1 |
| Hjälpmedelsutprovning/- anpassning | 1 | |
| Information/Kommunikation | 53 | 48 |
| Journal via nätet | 2 | 1 |
| Klagomål/Synpunkter | 79 | 58 |
| Kost | 1 | 9 |
| Laboratoriemedicin | 1 | |
| Läkemedelshantering | 46 | 34 |
| Medicinteknisk produkt | 1 | |
| Patient 2021 | 300 | 330 |
| Patientidentifikation | 17 | 8 |
| Provtagning/Provhantering | 14 | 9 |
| Riskpatient | 82 | 56 |
| Samverkan | 93 | 42 |
| Säkerhet | 75 | 48 |
| Tillgänglighet | 13 | 6 |
| Transport | 1 | 1 |
| Undersökning | 2 | 1 |
| Uppföljning/Utvärdering | 10 | 5 |
| Våld och hot | 21 | 7 |
| Vårdadministration | 45 | 20 |
| Vårdhygien | 7 | 2 |
| Vårdtyngd | 2 | 3 |
| Total | 1227 | 1004 |

Totalt sett har antalet avvikelser 2021 jämfört med 2020 ökat något. De okategoriserade avvikelserna har ökat även i år, något som behöver analyseras vidare.

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

Av de riskbedömda avvikelserna har 8st riskbedömts inom riskområde 8–16 (rött), jämfört med 24st år 2020. Resterande återfinns inom riskområde 1–6 (grönt).

Vi kan se att avvikelser rapporteras av samtliga yrkeskategorier.

Många av avvikelserna är relaterade till konsekvenser av väntan och kö, samt brister i vårdens övergångar, brister i kommunikation och dokumentation.

Klagomål och synpunkter

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

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 avvikelsen blir bearbetad 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.

Anmälningssärenden 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 av 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.

2021 inkom 107 klagomål, jämfört med 112st 2020.

Klagomålen var av varierande karaktär. Dock finns det fortsatt tre tydliga områden som är återkommande: Brister i bemötande, klagomål om vad man uppfattar som brister (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 generell varierande karaktär och behöver till stor del värderas utifrån det enskilda ärendet.

Klagomålen har bland annat hjälpt oss att identifiera brister i våra processer, t ex kring recepthantering. Det har också hjälpt oss att identifiera skillnader i arbetssätt mellan olika läkare, som vi kanske inte annars hade uppmärksammat – till exempel vad gäller förskrivningsmönster. Diskontinuitet vad gäller läkare är ett särskilt riskmoment, då behandlingen kan bli ojämn och så även sjukskrivnings- och rehabplanering. Även brister kring samverkan med närstående har blivit tydligt i klagomålen

Beträffande tidigare års klagomål kring vårdövergången mellan heldygnsvård och öppenvård har de båda vuxenpsykiatriska verksamheterna infört och vidareutvecklat 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 fortsatt arbetat med att förkorta handläggningstiden för patientnämndsärendena.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhets-sammanhang beskrivs detta som resiliens.



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

Inom förvaltningen finns etablerade pulsmöten och förbättringsmöten och olika ledningsforum för att snabbt kunna agera på olika situationer och sprida kunskap och lärdomar.

Pandemin har medfört ökad riskmedvetenhet och förmåga att snabbt kunna agera på förändrade förhållanden. Exempel på detta är att vi under året har bidragit med personal i covidvården vid Hallands sjukhus och att öppenvårdsmottagningarna på ett effektivt och patientsäkert sätt har utökat distansbesöken.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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.

Övergripande innebär detta att Psykiatrin

- fortsätter arbetet med att öka delaktigheten i vården för patienter och närstående.
- fortsätter utveckla samverkan och samarbete inom egen organisation och med vårdgrannar.
- fortsätter arbetet med att förkorta handläggningstiderna vid internutredningar/händelseanalyser.
- vidareutvecklar systematiken i uppföljning av implementering av föreslagna förbättringsåtgärder i internutredningar/händelseanalyser samt vid patientsäkerhetsronder.
- fortsätter att implementera digitala arbetssätt på ett patientsäkert sätt, t.ex. distansbesök, digitala skattningskalor, osv.
- fortsatt förbättrar vårdprocesser utifrån nationell kunskapsstyrning.
- deltar i det regionövergripande arbetet med framtagande av en regional patientsäkerhetsplan

Mer konkreta aktiviteter kommande år är att:

- Fortsätta utveckla samarbetet mellan öppenvård och heldygnsvård.
- Fortsatt säkerställa patientsäkerhet utifrån pandemisituation och sjukfrånvaro
- Fortsätta implementera arbetet med Gröna Korset.
- Fortsatt minska brister i ”steg 2”, säkerhetsvärdering efter intagning på vårdavdelningen.
- Arbeta vidare med fallprevention.
- Att fortsatt förbättra dokumentation och kommunikation internt och externt.
- Minska väntetiden för bedömning i triage, vilket minskar risken för att patienter avviker.
- Minska behovet av att utlokalisera rättspsykiatriska patienter genom inrättande av ny avdelning.
- Tillsätta fler bearbetare av avvikelser.
- Stärka chefskapet med ökad närvaro och mer tid på respektive enhet.
- Säkra kompetens och resurser för internutredning och händelseanalys.
- Säkerställa god tillgänglighet och fungerande flöden i alla led.
- Säkerställa kontinuitet i bemanning och tydliggöra personalnärvaro.
- Etablera ”Peer Support” inom heldygnsvården.
- Bedriva fortsatt utbildning i suicidprevention.
- Fortsatt utveckla samarbetet med Hallands Sjukhus gällande gemensamma patienter och utveckling av konsultationsverksamheten.
- Fortsatt etablera och säkerställa följsamhet till beslutade flödesscheman, i syfte att så långt möjligt uppnå köfri verksamhet.

