



# Patientsäkerhets - berättelse 2023

Psykiatri Halland  
2023

**Datum:** 2024-01-19

**Ansvarig för innehållet**

Thomas Wejstam, chefläkare

Ove Grahn, verksamhetscontroller

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>	<b>3</b>
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	3
1.2	En god säkerhetskultur .....	5
1.3	Adekvat kunskap och kompetens .....	7
1.4	Patienten som medskapare .....	8
<b>2</b>	<b>Agera för säker vård.....</b>	<b>10</b>
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	10
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	10
2.3	Säker vård här och nu .....	12
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	13
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	16
<b>3</b>	<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>17</b>

# 1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Psykiatri Halland ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete med minskade vårdskador och kvalitetsbristkostnader som följd.

Psykiatriens 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 och regionala satsningar för en förbättrad patientsäkerhet.

## 1.1 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.

### 1.1.1 Organisation och ansvar

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.

Inom respektive verksamhet sker regelbundna möten med MLA (medicinskt ledningsansvarig) 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.

I Psykiatri Halland finns en förvaltningsövergripande styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet, som leds av chefläkaren. Samtliga verksamhetschefer, förvaltningsövergripande medicinsk verksamhetsutvecklare samt klinik-MLA och verksamhetsutvecklare deltar. En viktig del i det förvaltningsövergripande arbetet utgörs av systematisk uppföljning av internutredningar/händelseanalyser samt genomförda patientsäkerhetsronder. Syftet är att säkerställa att implementering av planerade förbättringsåtgärder genomförts.

Utöver styrgruppens möten finns en mötesstruktur i anslutning till förvaltningens ledningsgruppsmöten där klinik-MLA från verksamheterna, chefläkare och förvaltningsövergripande medicinsk verksamhetsutvecklare träffas 2 gånger per månad för avstämning i aktuella medicinska frågeställningar.

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.

Inom Psykiatri Halland tillämpas en modell för patientsäkerhetsronder utifrån ”Patient Safety Leadership Walk Rounds”. Samtliga verksamheter genomför patientsäkerhetsronder under året och

uppföljning sker på respektive enhets APT. Efter sex månader sker även ett uppföljningsmöte med deltagare från rondan.

### 1.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

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/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

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården fortsätter, likt tidigare år, samverkan och regelbundna möten internt mellan avdelningarna i heldygnsvården samt mellan heldygnsvård, vuxenpsykiatrisk öppenvård och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Likaså sker kontinuerliga möten med andra enheter inom Hallands sjukhus/Region Halland, kommunerna, Polismyndigheten och Kriminalvården utifrån gemensamma patientflöden. Vid behov för hålls även dialog med angränsande regioner med gemensamma patientflöden, så som till exempel Kronoberg, Västra Götaland och Skåne. Rutiner och riktlinjer arbetas fram vid behov för att underlätta samarbetet när patienter behöver samvårdas eller överflyttas.

Vårdövergångar är ett känt generellt riskområde. Exempel på arbete inom detta område är att den vuxenpsykiatriska verksamheten under året har fortsatt att prioritera att bygga strukturer för förbättrad samverkan med närsjukvård, med löpande samarbetsmöten i varje kommun. Mellan den vuxenpsykiatriska öppenvården och dess heldygnsvård finns en struktur för dagliga avstämningar, pulsmöten, där även förvaltningens chefläkare deltar.

Samverkan sker således kontinuerligt mellan vuxenpsykiatriens öppenvård och heldygnsvård. Det sker bl.a. genom ovan nämnda dagliga pulsmöten och veckovisa förbättringsmöten. Under året har även ett förbättringsarbete genomförts gällande övergången från rättspsykiatrisk vård till specialistpsykiatrisk vård inom öppenvården, för att den rättspsykiatriska vården inte ska bli längre än nödvändigt.

Den vuxenpsykiatriska öppenvården har även inlett samverkan med Kriminalvården, frivården Halmstad, för att möta upp de klienter som ska frigges villkorligt och som har behov av samordnad planering för att slussas in i samhället. Detta i syfte att tillgodose att behovet av specialistpsykiatriska insatser sker sömlöst efter frigivning för de klienter som bedöms vara i behov av dessa. God och kontinuerlig samverkan finns även mellan öppenvårdpsykiatri och kommunerna.

BUP har regelbundna möten med samverkanspartners där patientsäkerhetsfrågor tas upp. Exempel på partners är Barnkliniken, HAB och Skolhälsovården. Internt i förvaltningen förekommer regelbundna möten lokalt med VPM i respektive kommun och inom BUP med BUPH och Åtstörningsvården. Dessa forum fungerar väl och BUP kan därigenom hantera och åtgärda eventuella brister direkt.

Under året har även samarbetsprojektet ”Prehospital akutpsykiatri” fortsatt tillsammans med förvaltningen Ambulans, Diagnostik och Hälsa (ADH), där målet varit att hitta bättre samarbete inom ramen för prehospital akutpsykiatri. Projektet har inneburit en rad insikter, nya gemensamma riktlinjer samt gemensamma utbildningsinsatser.

Ytterligare några exempel på samverkan som skett under året

- Minnesmottagningen har gett information och utbildning till närsjukvårdens medarbetare gällande demenssjukdomar, i syfte att säkerställa tidigt och korrekt omhändertagande vid misstanke på kognitiv svikt.
- En rad professionsmöten med dialog, bland annat i patientsäkerhetsfrågor – både inom arbetsgrupp, mellan arbetsgrupp och ledning på olika nivåer
- Kontinuerlig samverkan med vårdgrannar via Lifecare
- 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 uppdatering av gemensam rutin arbetats fram kring hantering av psykiatrisk bedömning och tvångsvård enligt LPT för patienter inlagda på Hallands sjukhus
- Inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård finns kontinuerlig samverkan etablerad tillsammans med socialtjänst, ambulans, polis, öppenvård och mellan psykiatriska avdelningar i Halmstad och Varberg.
- Implementering av riktlinje för bedömning av vårdnivå mellan IVA, medicinkliniken och psykiatrins heldygnsvård.
- Översyn av vilket stöd psykiatrin kan erhålla från HS gällande somatiskt sjuka patienter som vårdas i psykiatrin
  
- Rutiner för samarbete mellan BUP/Vuxenpsykiatrin är uppdaterade och implementerade
- Inom BUP sker också samverkansmöten kontinuerligt mellan öppenvårdsmottagningar och respektive kommuns socialtjänst.
- BUP har fortsatt förbättra flödet mellan intern heldygnsvård och öppenvård, för att förhindra vårdskador och säkerställa rätt vårdnivå.

## 1.2 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. Avvikelse rapporteras i Platina och bearbetas enligt rutin. Psykiatrin fortsätter arbetet med att förbättra och förvalta ledningssystemet samt att fortlöpa uppdatera rutiner och riktlinjer

Förvaltningens patientsäkerhetsronder bedöms utgöra en viktig komponent i arbetet med att upprätthålla och främja en god säkerhetskultur.

Patientsäkerhetsfrågor lyfts regelbundet i vuxenpsykiatrins 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 avvikelse med fokus på att ”någon” gjort fel till att i stället se själva händelsen och att det är den och organisationen som är i fokus.

Införandet av Gröna korset inom heldygnsvården bedöms också främja 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.

I förvaltningen finns även en väl fungerande daglig eskaleringsstruktur där bland annat identifierade patientsäkerhetsrisker kan lyftas in. Därifrån kan utvecklingsarbeten initieras på flertalet olika sätt, inte minst genom regelbundna förbättringsmöten både lokalt och i ledningsgrupp - men också genom att specifikt aktivera olika nätverk i vården kring en identifierad risk. Som exempel finns ett etablerat psykosnätverk och beroendenätverk, där alla behandlare i mottagningarnas respektive team träffas en halv dag varje termin för att säkerställa likvärdig vård, samt identifiera patientsäkerhetsrisker och vid behov ta fram åtgärdsplaner. Patientsäkerhetsfrågorna blir på så sätt naturligt integrerade i verksamhetens struktur för förbättringsarbete.

Tid för lärande och reflektion finns dels genom att avvikelser lyfts upp på APT, dels genom att de flesta enheter har schemalagd tid för förbättringsarbete. Under året har även seminariegrupper kring suicidprevention fortgått, vilket också ytterligare främjar patientsäkerheten.

I öppenvården har patientsäkerhet ett nära samband med flöden i vården, där utdragna flöden med för många samtidigt pågående eller köställda patientärenden kan innebära patientsäkerhetsrisker, till exempel risk för försämring under väntetid och/eller risk att ärenden ”tappas bort”. Inom öppenvården arbetas kontinuerligt med att lägga fokus på att utveckla flöden och processer samt att korta köer. Denna strategi bidrar också till att förstärka patientsäkerhetskulturen.

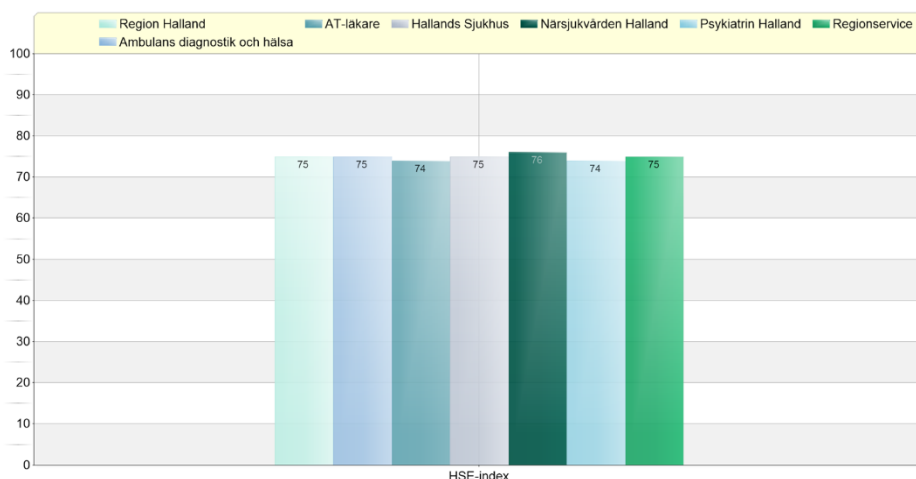
Även inom psykiatriförvaltningens heldygnsvård är säkerhetstänkandet högt hos personalen. Under året har man fortsatt utveckla arbetet kring Gröna korset genom såväl struktur samt utveckling av dialog och uppföljning av olika händelser. I den utvärdering som gjorts av arbetet med Gröna korset framgår att de avdelningar som arbetar med metoden samtliga uppger att de är nöjda med det resultat som på flera plan uppnås.

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har man under året även arbetat med att stärka kommunikationen mellan det medicinska ledet och omvårdnadsgruppen, t.ex. med närvaro av fler omvårdnadspersonal vid ronderna, vilket genomförts på några avdelningar och lett till ett förbättrat samarbete och en stärkt patientsäkerhetskultur

Vidare har man inom heldygnsvården även arbetat med att involvera patienternas synpunkter i att förbättra säkerhetskulturen, arbeta mer proaktivt genom att dela ut patientenkäter och aktivt fråga efter patienters synpunkter i samband med patientråd.

Arbete har även pågått för att standardisera rapportstrukturen på samtliga psykiatriavdelningar i syfte att minska risken att information går förlorad.

Under året har även en regional mätning av Hållbart säkerhetsengagemang genomförts, för att undersöka säkerhetskulturen i förvaltningarna. I mätningen har samtliga medarbetare som har vårdnära tjänst fått besvara ett antal frågor kopplat till säkerhetskultur. Mätningen visar på ett bra resultat för Psykiatrin, i paritet med övriga förvaltningar.



### 1.3 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.

Adekvat kunskap och kompetens bland personal är en viktig fråga för Psykiatri Halland. Av den anledningen arbetar samtliga tre verksamhetsområden kontinuerligt och brett samt med fokus på att utveckla förvaltningens samlade kompetens.

Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården erbjuds till exempel handledning till alla kliniskt verksamma yrkesgrupper. Verksamheten organiserar internutbildningar både punktvis, till exempel uppföljning av adhd och mer omfattande som exempelvis verksamhetens 10-dagars utbildning i psykiatrisk samtalsmetodik för sjuksköterskor.

Inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård har varje avdelning en medarbetare med uppdrag att vara patientsäkerhetsombud och i det uppdraget tillsammans med avdelningschef särskilt bevaka och arbeta med frågor i ämnet. All personal har skyldighet att ha kunskap i ämnet, men detta uppdrag skall underlätta att information och kunskap kan nå ut. Avdelningens MLA (medicinskt ledningsansvarig läkare) har i uppdrag att arbeta med patientsäkerhet. Verksamhetschef, verksamhetsutvecklare och heldygnsvårdens klinik-MLA deltar i den förvaltningsgemensamma styrgruppen för patientsäkerhet. Heldygnsvårdens klinik-MLA arbetar också aktivt i ämnet bland annat genom att föreläsa för personalen. Under året har verksamheten planerat för att köpa in den nu nyreviderade versionen av Psyk E-bas (utbildningsmaterial framtaget av Karolinska Institutet) som ett led i att höja kompetensen inom ett flertal områden. Utbildningsinsatser planeras vidare under våren 2024.

En viktig aktivitet inom BUP som genomförs varje år är att personal inom heldygnsvården auskulterar på andra BUP-avdelningar runt om i landet. Patientsäkerhetsarbete är också en stående punkt på BUP Hallands internutbildning som främst riktar sig till nyanställda och genomförs vid fem tillfällen per år.

Exempel på ytterligare insatser som genomförts under året:

- Fortlöpande studiecirkel i suicidprevention
- E-bas utbildning inom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt autism.
- DBT-färdighetsträning i grupp samt booster dagar för dem som gått, tryggar bemötande och stöd till patienter som erhåller behandlingen.
- I vuxenpsykiatrins heldygnsvård Halmstad har samverkan med somatiken lett till utbildning i

sårvård samt kring amning (vid postpartumvård). Utbildning inom psykiatri har erbjudits i utbyte till medverkande avdelningar och kan leda till ökad patientsäkerhet i mötet med våra patienter på somatiska vårdavdelningar.

- Internutbildningsinsatser inom akutsjukvård planeras genom ProACT - utbildning samt NEWS (National Early Warning Score) på i första hand på avd 24 och Piva-avdelningarna, vilket bedöms fylla kunskapsluckor inom akutsjukvård, som bejakas på flera avdelningar.
- Helydgnsvården har utbildade instruktörer som undervisar i olika omvårdnadsmoment, som ven-/kapillärprovtagningar, blodtryckstagnung mm samt utbildade instruktörer som kan undervisa i mer omfattande scenarier där man tränar i team och kan använda sig av KTC och SimMan (simulatorträning).
- Inom helydgnsvården finns även utsedda självskyddsinstruktörer som regelbundet utbildar personal i att hantera olika situationer, vilket leder till förbättrad patientsäkerhet.
- Inom vuxenpsykiatriens öppenvård är ett filmmaterial under framtagning i syfte att skapa helhetstänk och vägleda i hur vi på bästa sätt ska använda och ta ansvar för våra gemensamma resurser och ge rätt vård i rätt tid till rätt person, vilket bidrar till att öka patientsäkerheten
- Under året har rutiner och riktlinjer i ledningssystemet kontinuerligt setts över och implementerats

#### 1.4 Patienten som medskapare

En komponent som bidrar till en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. I psykiatri finns en framtagen rutin för närståendemedverkan, som det arbetas aktivt med.

I förvaltningen finns en stor noggrannhet med att beakta patienters synpunkter för att säkerställa deras inflytande i behandlingsplanering. I samband med hantering av synpunkter har verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare ofta direkt kontakt med patienter och/eller närstående. Ett förbättringsområde är att involvera patienter mer i utvecklingen av verksamheten, bl.a. genom brukarsamverkan och även om detta till viss del sker redan kan denna typ av inflytande utvecklas ytterligare.

Vuxenpsykiatriens helydgnsvård har under året fortsatt implementering av konceptet ”Safe wards”. Modellen innebär att man arbetar med extra stort fokus kring att bygga tillit och att patienter skall känna sig trygga och delaktiga i sin vård och behandling. Vissa åtgärder är små och andra större – gemensamt är dock att metoden bygger på vetenskaplig grund. Utöver detta är även Brukarstyrd inläggning (BI) ett viktigt koncept där patienten, på ett mycket tydligt sätt, har ett ansvar och skriver patientkontrakt som beskriver förutsättningarna. Vidare har även planering för införande av Peer support (PS) pågått där det under året har arbetats med utbildningsfrågan. Peer support kommer att vara ett bra tillskott i arbetet med att göra patienterna än mer delaktiga.

Även inom Barn- och ungdomspsykiatri ges tydlig information om rättigheter samt finns kanaler för att uttrycka synpunkter och klagomål. Vid BUP:s helydgnsvård utvärderas varje vårdtillfälle tillsammans med patient och anhöriga där man går igenom olika frågor och upplevelsen av vårdtiden. Områden som avhandlas inkluderar bland annat bemötande, delaktighet och information/kommunikation. Det som framkommer sammanställs och används ofta i förbättringsarbeten.



Inom BUP är vårdnadshavare även involverade från första kontakt genom BCFPI, Brief Child and Family Phone Interview, 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.

Inom BUP:s heldygnsvård ingår utvärderingar av vård med patient och närstående regelbundet och vid utskrivning. Dessa synpunkter används ofta senare i förbättringsarbete på enheten.

Psykiatri 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 specialistpsykiatri, bland annat innefattande mål- och inriktningsfrågor. Vid organisationsförändringar eller vid större förändringar i verksamheten strävar vi alltid efter att få med brukare i processen.

Ytterligare några exempel på insatser som skett under året:

- Patientenkäter, patientråd/patientforum anordnas på flera avdelningar
- Utvecklad dokumentation av medverkan i VAS samt uppföljning av detta
- Aktivt arbete för att erbjuda närståendesamtal med läkare och omvårdnadspersonal samt säkerställa kontakt med närstående vid in/ut – skrivning från vårdavdelning.
- Regelbundna möten med Psykiatriens brukarråd samt under året en större konferens där samtliga brukarföreningar var inbjudna
- Under året har Verksamhetschefer och klinik-MLA haft ett flertal möten med patienter och närstående utifrån patientnämndsärenden och internutredningar.
- Fortsatt utveckla användandet av "Blå Appen" inom BUP för att göra patienter och anhöriga mer delaktiga i vården.

## 2 Agera för säker vård

### 2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.

Viktiga delar i att öka kunskapen om inträffade vårdskador är förvaltningens process för avvikelshantering, patientsäkerhetsronder samt den dagliga eskaleringsstrukturen och återföring av resultat från dessa till verksamheten.

Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården följs händelser av denna karaktär upp också genom patientsäkerhetsronder och uppföljning av patientsäkerhetsronder. Verksamheten har en särskild psykiatriker med rollbeskrivningen patientsäkerhetskonsult, som utreder allvarliga händelser som suicid och oklara dödsfall.

Vad avser avvikelser så värderas dessa initialt av avvikelshanterare, avdelningschef och vid behov lokal MLA. Avvikelse som har större allvarlighetsgrad eller bredare implikationer eskaleras till verksamhetschef och övergripande MLA.

Förvaltningens samlade bedömning är att vårdskador upptäcks i rimlig tid och att adekvata åtgärder vidtas efter utredning av dessa. Mönster i avvikelser noteras och hanteras av ledningsgrupp.

Inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård bedöms händelser av typen vårdskada eller allvarlig vårdskada av verksamhetschef och klinik-MLA avseende hur den fortsatta handläggningen skall göras. I vissa ärenden görs en mindre utredning på avdelningsnivå med exempelvis MLA. I allvarigare fall utses en särskild utredare och en internutredning/händelseanalys genomförs. Allvarlighetsgrad skattas i Platina och avseende tidsfaktorn så upptäcks det vanligen i rimlig tid om det sker när patienten vårdas hos oss. Vid oklara dödsfall/suicid efter att patient skrivits ut kan det av förklarliga skäl ibland dröja innan verksamheten får kännedom om det inträffade.

Liksom tidigare har verksamhetschef och verksamhetsutvecklare avstämningsmöten varje månad och går igenom ärenden från patientnämnden, IVO och vårdgrannar. Där följs även ärenden som gått in till förvaltningsstaben för bedömning av chefläkare och de som skickats till IVO.

Under året har Psykiatrin anmält 3 ärenden enligt Lex Maria och haft 25 internutredningar under handläggning. Till stor del rör det sig om suicid och oklara dödsfall.

Identifierade områden i utredningarna har påvisat behov av tydligare dokumentation, behov av översyn av vissa arbetssätt, rutiner och information. Viktiga områden har varit tydlighet i rapportering och förtydligande kring ansvarsfördelning vid vårdens övergångar. Lärdomarna förmedlas kontinuerligt i verksamheterna.

### 2.2 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.

Under året har förvaltningen följt väntetider och köer noggrant, utifrån att det finns en koppling mellan flödeseffektivitet och patientsäkerhet.

Verksamheterna har under året haft ett särskilt fokus på övergångar mellan öppen- och heldygnsvård och följt upp vår akutprocess kontinuerligt under året. Resultatet av detta har blivit att processen har

fungerat betydligt bättre, medan det tidigare fanns större problem i övergångarna.

För att stärka det förvaltningsövergripande perspektivet på patientsäkerhetsarbetet, deltar chefläkare i den dagliga eskaleringsstrukturen, när heldygnsvård och öppenvård går igenom dagens situation.

Inom vuxenpsykiatrins öppenvårds löpande förbättringsarbete har fortsatt flera förbättringar gjorts, bland annat inom områden som läkemedelsuppföljning, larmdisciplin, arbetssätt med väntelistor för att säkra att alla patienter följs upp, ändamålsenlig hantering av skattningsskalor som bedömningsstöd, arbetssätt med ÖPT m.m. Genom att verksamhetens chefer deltar i förbättringsmöten och i eskaleringsstruktur, sprids kunskapen på ett effektivt sätt även till medarbetare då chefer kan förmedla innehåll via exempelvis APT. Verksamheten har även fortsatt satsat på att ytterligare höja kompetensen i suicidpreventivt arbete och har löpande seminarier för medarbetarna.

Samverkan och regelbundna möten dagligen/veckovis sker mellan vuxenpsykiatrisk öppenvård och heldygnsvård. ÖV har under 2023 utvecklat och etablerat samverkan med primärvården i samtliga kommuner där handläggningsöverenskommelsen diskuteras för att få ökad samsyn gällande t.ex. remisser.

Ett utvecklingsarbete pågår beträffande att förbättra de vuxenpsykiatriska mottagningarnas flöden och arbetssätt för 1177, interna kommunikationsvägar, väntelistor, mm.

En grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet och dess system och processer är att upprätthålla 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. Heldygnsvården arbetar aktivt med kommunikation enligt modellen SBAR.

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

Egenkontroll sker även genom regelbundna kontroller av teknisk utrustning, provtagningsapparat, läkemedelshandling med mera utifrån de dokument som finns fastställda i ledningssystemet. Verksamheterna kontrollerar regelbundet loggar hos medarbetarna, så att inga obehöriga journalöppningar görs.

## **2.3 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. En viktig förutsättning för att kunna göra detta är att ha ett välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket förvaltningen utvecklat kontinuerligt sedan flera år tillbaka. En utmaning under året och kommande år är ökade patientvolymerna och kompetensförsörjning. Under året har inhyrd personal till viss del varit en nödvändig komponent för att säkerställa adekvat vårdtillgång.

### **2.3.1 Riskhantering**

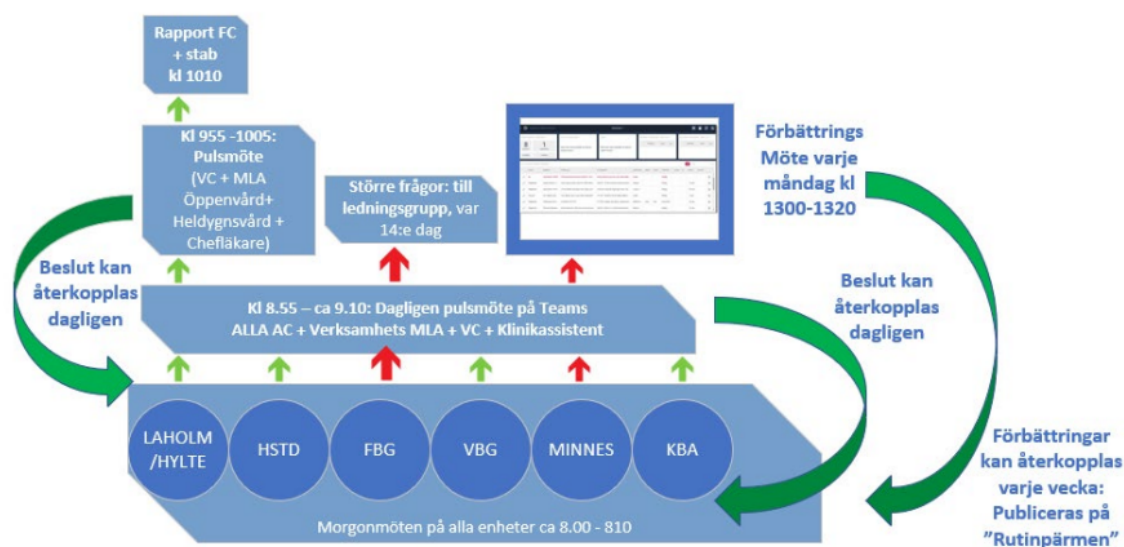
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna

bli följden av händelsen.

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

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

Nedanstående illustration är ett exempel på det system som finns inom vuxenpsykiatriens öppenvård för daglig styrning, eskalering och dess koppling till förbättringsmöte, där man effektivt fångar upp patientsäkerhetsrelaterade händelser.



En betydande del i risicanalysarbetet är även alla dagliga åtgärder, observationer och därmed riskbedömningar som medarbetare gör i sitt patientnära arbete. Risker identifieras även systematiskt genom de årliga patientsäkerhetsronderna.

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården arbetar berörda avdelningar aktivt med Senior Alert, eller är på väg att införa, för att exempelvis fånga upp risk för fallskador. Aktiv användning av fallpreventiva hjälpmedel och rörelselarm minskar också risk att patienter faller i samband med ineliggande vård och därmed även den förlängda vård och lidande som detta kan medföra.

I arbetet med Gröna korset är dialogen i personalgruppen en viktig del, hur man talar kring olika händelser och ökar medvetenheten i gruppen kring vad en avvikelse är och vad som hör hemma i t.ex. Stella (arbetsmiljörisker m.m.). Det hör ihop med arbetet med avvikelser där medvetenheten skiljer sig mellan både avdelningar och medarbetare och där det är en färskvara att hålla medvetenheten på en hög nivå kring att syftet är att identifiera patientsäkerhetsrisker i första hand på systemnivå. Målet är en så pass hög medvetenhet att samtal kring risker förs kontinuerligt i personalgruppen, inte bara under planerade avstämningar även om dessa förstås är en viktig del av strukturen.

Alla avdelningar har medarbetare som vid sidan om avdelningscheferna bearbetar avvikelser och kan hjälpa till att höja medvetenheten.

Inom BUP bearbetar respektive enhet sina avvikelser och tar upp dessa på enhetens APT.

Enheternas AC och MLA har det övergripande ansvaret gällande bearbetning och eventuella åtgärder vid upptäckt av tendenser till brister inom området. Vidare går man igenom alla avvikelser inför den årliga patientsäkerhetsronden.

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

- Risker kopplat till remisshantering
- Risker kopplat till 1177, webbtidbok, VAS och IT-system
- Risker kopplat till kö och väntelistor
- Risker kopplat till kapacitetsbrist och bemanningsproblematik
- Risker kopplat till hyrpersonal och tillfällig personal
- Risker kopplat till kraftigt utåtagerande patienter

## 2.4 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.

### 2.4.1 Avvikelser

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 allvarligare/potentiellt allvarligare avvikelser och avgör i vilken mån avvikelser ska internutredas och slutligen överlämnas till chefläkare för beslut om eventuell anmälan enligt lex Maria.

Avvikelser 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 enheter.

Samtliga kliniska verksamheter rapporterar systematiskt och kontinuerligt avvikelser, vilket innebär att det finns en fungerande avvikelserapportering inom hela psykiatri. Vi ser också att samtliga yrkesgrupper rapporterar avvikelser.

Inom samtliga verksamheter uppmuntras en skuld- och skamfri kultur och en avvikelседriven verksamhet med fokus på systemet som helhet. Verksamheterna uppmuntrar att avvikelser skrivs, som ett medel för att kunna utveckla systemet. En förutsättning för god avvikelserapportering är fungerande återkoppling.

Några exempel på lärdomar från avvikelser under året:

- Viss kunskapsbrist i samband med somatiskt omhändertagande vid akuta situationer. Detta har lett till en satsning på utbildning om akutsjukvård.
- Information som går förlorad i samband med överrapporteringar. Detta har mötts med hjälp av en standardisering av rapporteringsförfarandet (så att SBAR används fullt ut) på samtliga avdelningar i vuxenpsykiatriens heldygnsvård i Halmstad men planeras att genomföras även i Varberg.

- Avvikelser kring läkemedelshantering i allmänhet och narkotikahantering i synnerhet. Detta har lett till att läkemedelsansvarig utbildat samtliga sjuksköterskor på enheten i läkemedels- och narkotikahantering inkl. hur man överlämnar läkemedel till andra enheter. Detta har gett gott resultat och arbetet kommer att fortsätta.
- Svårigheter kopplat till att jourläkare som inte arbetar i heldygnsvården inte fullt ut har följt rutiner och aktuella planer för patienter. Detta har lett till att en stärkt kollegial dialog för samsyn har skett under året samt genomgående påminnelse om detaljer i vårdrutiner samt kommunikation till hela gruppen vid bristande följsamhet, utöver sedvanligt avvikelsearbete.

Kategori	2022	2023
Administration	254	210
Arbetsmiljö	70	50
Brand	5	2
Ej kategoriserade	171	282
Fastighet/Drift	5	11
Informationssäkerhet	40	51
IT, tele och kommunikationsteknik	24	10
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	6	5
Miljö	1	1
Patient	1171	900
Patient t.o.m. 2021	30	
Pedagogisk incident	4	2
Säkerhet	56	80
Transport		5
Vara/Tjänst	9	7
Övrigt	17	23
<b>Total</b>	<b>1863</b>	<b>1639</b>

Antalet avvikelser per kategori i storleksordning är ungefär samma som året innan och inga större förändringar har skett. Fortsatt är kategori ”Patient” störst, följd av ”Administration” De ej kategoriserade avvikelserna är en betydande del, vilket vi behöver arbeta vidare med kommande år.

#### Underkategori Patient:

Kategori	2022-01-01 - 2022-12-31	2023-01-01 - 2023-12-31
Administrativ hantering	73	49
Dokumentation och sekretess	63	48
Kommunikation	112	77
Patient	384	231
Tillgänglighet	7	1
Vård och behandling	457	435
Vårdansvar och organisation	56	53
Övrigt	19	6
<b>Total</b>	<b>1171</b>	<b>900</b>

## 2.4.2 Klagomål och synpunkter

Kontrollmoment	2022	2023
Avvikelser	1863	1639
Patientnämndsärenden	125	100
Lex Maria	2	3
Fall	23	20
Fallriskbedömning	306	274
Läkemedelsgenomgång	23 574	24 499
IVO Klagomål	11	7
Internutredningar	19	26

Patientklagomål och synpunkter handläggs parallellt med övriga avvikelser inom ramen för det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina. Patienter och närstående kan klaga direkt till berörd avdelningschef, till patientnämnden eller via 1177. De inkomna klagomålen är av varierande karaktär. Dock är det några områden som varit återkommande: Upplevd brist i bemötande, avsaknad av närståendemedverkan, upplevd brist i information och kommunikation samt klagomål om vad man uppfattar som felaktigheter i t ex journal, utredning eller medicinering. Klagomålen har generellt varierande karaktär och behöver till stor del värderas utifrån det enskilda ärendet.

Inkomna klagomålen har under året varit en god hjälp i att identifiera vissa 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. Diskontinuitet vad gäller läkare är ett särskilt riskmoment beträffande behandlings- sjukskrivnings- och rehabplanering. Även brister kring samverkan med närstående har framkommit i klagomålen

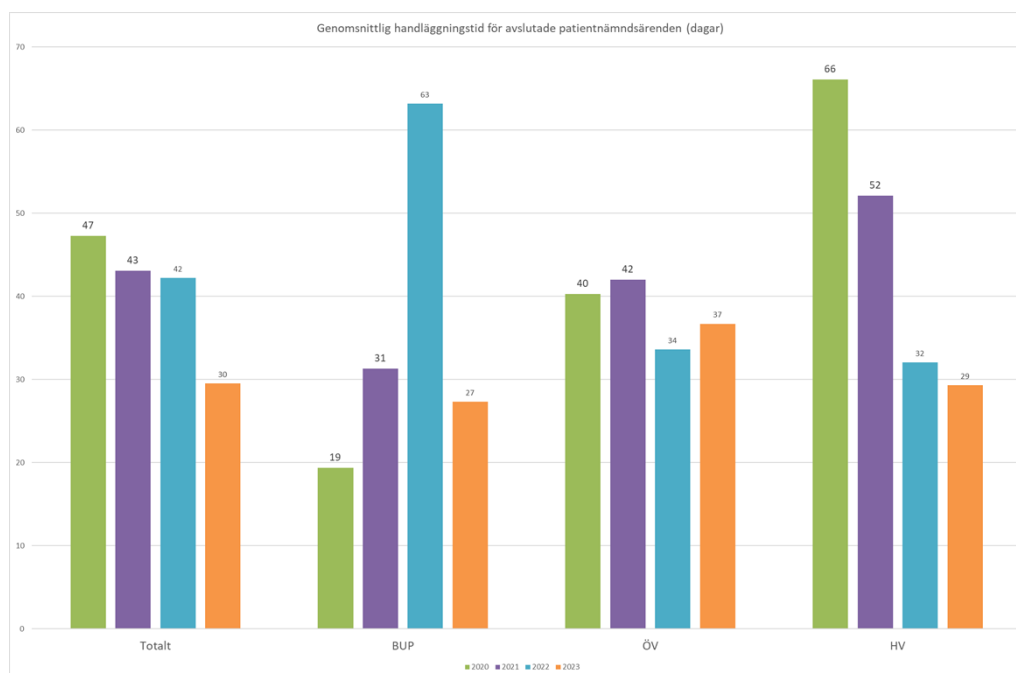
Beträffande tidigare års klagomål kring vårdövergången mellan heldygnsvård och öppenvård har de båda vuxenpsykiatriska verksamheterna infört och vidareutvecklat ett standardiserat arbetssätt i form av gemensamma förbättringsmöten där problem som berör båda verksamheterna tas upp. Detta arbetssätt har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

Samtliga verksamheter har fortsatt att arbeta med att förkorta handläggningstiden för patientnämndsärendena och kontinuerlig dialog har förts med patientnämndens handläggare under året både på övergripande och lokal nivå.

Utifrån årets inkomna klagomål ser vi att vi kommer behöva ha särskilt fokus på

- Närståendes delaktighet i vården.
- Utveckling av vårdens övergångar och samarbetet mellan verksamheter, i såväl regional som privat regi.
- Tydlighet i kommunikation, information och dokumentation.

## Handläggningstid patientnämndsärenden



Handläggningstid för klagomålsärenden till patientnämnden följs regelbundet inom förvaltningen. Målsättningen är att svar till patientnämnden ska lämnas inom fyra veckor. Detta mål uppnås för 2023 sett till genomsnittet för förvaltningen.

### 2.5 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 omständigheter, d.v.s. resiliens beträffande patientsäkerhet.

En viktig förutsättning för att ha god resiliens är att ha ett kontinuerligt välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete med stabila grundstrukturer, något förvaltningen successivt byggt upp över tid. Förvaltningen har även en välfungerande produktion och generellt en relativt god bemanning, vilket även detta bidrar till god resiliens.

Vidare säkerställer förvaltningens lednings- och eskaleringsstruktur ett snabbt, dagligt beslutsfattande och en god reaktionsförmåga inför oväntade händelser vilket leder till höjd riskmedvetenhet och förbättrad beredskap. I samband med pandemin drogs viktiga lärdomar kring flexibilitet och resiliens, något vi fortsatt arbeta vidare utifrån sedan dess.



### 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Inom förvaltningen är en utmaning för patientsäkerheten kommande år en fortsatt ökad patientvolym samt svårigheter i att attrahera och behålla viss kompetens. Detta innebär att vi behöver hitta effektivare arbetssätt, flöden och ytterligare optimera nyttjandet av våra resurser för att säkerställa rätt vård i rätt tid utan att göra avkall på patientsäkerheten.

Framöver kommer Psykiatrin fortsätta att vidareutveckla och stärka de befintliga strukturer som finns kring patientsäkerhetsarbetet samt implementera nya arbetssätt och rutiner på ett patientsäkert sätt, utifrån patientens behov. Förvaltningen kommer också arbeta vidare utifrån den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet.

#### Förvaltningsgemensamma mål och utmaningar

- Fortsätta arbetet med att öka delaktigheten i vården för patienter och närstående.
- Fortsätta utveckla samverkan och samarbete inom egen organisation och med vårdgrannar.
- Fortsätta vidareutveckla systematiken i uppföljning av implementering av föreslagna förbättringsåtgärder i internutredningar/händelseanalyser samt vid patientsäkerhetsronder.
- Samtliga patientsäkerhetsronder planeras under 2024 genomföras i enlighet med den årshjulsstruktur för rond och uppföljning som tagits fram.
- Fortsätta att implementera digitala arbetssätt på ett patientsäkert sätt, t.ex. distansbesök, digitala skattningsskalor, osv.
- Fortsätta förbättra vårdprocesser utifrån nationell kunskapsstyrning.
- Fortsätta delta i det regionövergripande arbetet med patientsäkerhet.

#### Mål och utmaningar relevanta för Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Utveckla arbetssätt som säkerställer löpande medicinsk prioritering av insatser och garanterar att behandlartiden läggs där den gör störst nytta för patienterna. Alla behandlartid som inte är medicinskt välmotiverad och alla tendenser till ”övervård”, behöver undvikas, d v s resursoptimering.
- Ta fram och implementera utbildning om dragande och tryckande system. Syftet är att skapa ett gemensamt helhetstänk för hur vi på bästa sätt ska använda och ta ansvar för våra gemensamma resurser och **ge rätt vård i rätt tid till rätt person.**
- Fortsätta utvecklingen för att förbättra mottagningarnas flöden och arbetssätt för ex 1177, interna kommunikationsvägar, väntelistor, mm.
- För att skapa bättre förutsättningar att se över och utveckla våra flöden och vårdprocesser utifrån tillgänglig kunskapsstyrning pågår rekrytering av verksamhetsutvecklare till verksamheten.
- Värdera möjligheter att separera ut och skapa ännu mer tidseffektiva flöden för stora patientgrupper: I detta arbete kan gruppen adhd särskilt lyftas fram. Gruppen adhd ökar i antal och behandlingen är relativt homogen, vilket borde ge förutsättningar för att processen separeras ut, med vinster i form av sparad behandlartid.
- Utvärdera och optimera adhd-processen i syfte att hantera eventuella undanträngningseffekter och skapa förutsättningar att möta den växande patientgruppen

- Se över och utveckla remiss-och bedömningsprocesserna inom den vuxenpsykiatriska öppenvården för att främja en jämlik och effektiv vård.
- Vakanserna inom öppenvården framförallt vad gäller läkare och psykologer har medfört ett ökat antal hyrläkare, samt externa köp av psykologutredningar, vilket är en utmaning inom öppenvården. En plan finns för att minska vårt hyrläkarberoende på sikt och vi kan redan nu se positiva effekter. Lite större utmaningar har vi vad gäller de vakanta psykologtjänsterna.
- En stor utmaning är lokalbristen på ett flertal av våra mottagningar, vilket medfört att vi inte fullt ut kunnat anställa de professioner som vi bedömer att vi bör ha i en teambaserad psykiatri, ex underläkare, dietist, psykolog, fysioterapeut. Det medför att patienter i vissa fall inte kan få tillgång till de insatser som vi bedömer de skulle få god effekt av. Störst problem är det på vuxenpsykiatriska mottagningen i Halmstad, men där har vi fått tillgång till fler lokaler fr.o.m. slutet på mars 2024, vilket kommer att underlätta.

### Mål och utmaningar relevanta för Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Implementera det reviderade Suicidpreventionsprogrammet så snart det har blivit färdigställt.
- Implementera en ny anhörigrutin och ha än mer fokus på utveckling av arbetet med att göra anhöriga och patienter mer trygga och delaktiga i vård och behandling.
- Fortsätta arbeta för ett införande av Peer support som ett sätt att ytterligare främja patientsäkerhet och patientdelaktighet.
- Fortsatt utbildning i färdighetsträning i grupp avseende DBT-färdigheter.
- Etablera utbildningsmaterialet Psyk E-bas för att höja kunskap och kompetens.
- Fortsätta utveckla ”Safewards” som ett sätt att stärka patientsäkerhetskultur och delaktighet
- Utveckla och hitta fler vägar att förbättra intern och extern kommunikation
- Utveckla samverkan med kommunen genom systemet LifeCare
- Utveckla arbetet med Gröna korset
- Säkerställa följsamhet till rutiner, även för tillfällig personal och vid låg bemanning.
- Förbättra följsamhet till rutiner vid permission och utskrivning (t.ex. Lifecare, permissionsläkemedel) och överlämning till öppenvård och kommun
- Fortsätta utveckla arbetet med avvikelser och Platina
- Utveckla informationsflödet, främst vad gäller överrapportering mellan skift och i samband med vårdövergångar, primärt utifrån förbättrad användning av SBAR och förbättrad dokumentation utifrån funktionsbeskrivning
- Öka medarbetarnas kompetens i somatiskt omhändertagande

### Mål och utmaningar relevanta för Barn- och ungdomspsykiatri

BUP:s fortsatta och dominerande utmaning inom området är att upprätthålla en hög nivå av patientsäkerhet med fokus på det arbetet samtidigt som vi har en kontinuerligt ökande volym av patienter.

Trots ovanstående utmaning har det under 2023 inte funnits några tydliga återkommande mönster beträffande avvikelserna inom BUP. Detta måste ses som mycket positivt och styrker målsättningen att arbeta vidare i enlighet med de insatser som hittills gjorts för att kompensera för den ökande volymen av patienter.