

Patientsäkerhetsberättelse år 2017 för Psykiatri och Habilitering

Antagen i förvaltningen Psykiatri & Habiliterings ledningsgrupp: 2018-03-21
Ansvarig: Chefläkare Peter Valverius

Innehåll

Sammanfattning	3
Mål och strategi för patientsäkerhetsarbetet	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete	4
Ledningssystem för patientsäkerhet	5
Vårdskador och allvarliga vårdskador	6
Anmälningar om fel i vården	6
Anmälningar till Patientnämnden	7
Avvikelse	8
Risk- och händelseanalyser	10
Patientsäkerhetskultur	10
Markörbaserad journalgranskning	11
Vårdrelaterad infektioner, basalhygienrutiner och klädregler, trycksår	11
Patientsäkerhetsdialoger	11
Överbeläggningar	11
Pågående arbete.....	12

Sammanfattning

Målet för landstingets patientsäkerhetsarbete är "att systematiskt förebygga vårdskador". Strategin innebär ett strukturerat och systematiskt arbete i syfte att förbättra patientsäkerheten på kort och lång sikt genom att verka för en god patientsäkerhetskultur, öka patienternas delaktighet i vården och arbeta för färre frekventa vårdskador och allvarliga vårdskador.

Det övergripande målet för förvaltning Psykiatri & habiliteringens patientsäkerhetsarbete är att systematiskt förebygga alla vårdskador genom att analysera negativa händelser, granska journaler, följa basala hygien- och klädregler (BHK), vårdrelaterade infektioner (VRI), överbeläggningar, patientsäkerhetskulturmätning och patientsäkerhetsdialoger i syfte att skapa underlag för förbättringsarbete för att minska allvarliga vårdskador och vårdskador.

- Förvaltningen har ett ledningssystem för patientsäkerhet (sid 5).
- 2017 genomfördes intern utredning av 8 negativa händelser och tre av dessa anmäldes till IVO som har beslutat, att de interna utredningarna och planerade och vidtagna åtgärder var tillfyllest (sid 6).
- 2017 inkom sju klagomål om fel i vården. I två av dessa klagomål har beslut från IVO kommit. Dessa beslut innebar ingen kritik (sid 6).
- 2017 inkom 23 anmälningar till patientnämnden. Detta antal är betydligt färre än de föregående åren. De vanligaste klagomålen gällde kommunikation/bemötande (sid 7).
- 2017 rapporterades 214 avvikelser i avvikelssystemet, vilket är färre än under 2015-2016. 155 av dessa avvikelser berör "Vård". Antalet avvikelser med hög riskpoäng (röda avvikelser) var betydligt färre år 2017 (16 stycken) jämfört med år 2015 (42 stycken) och 2016 (33 stycken) vilket visar på en fallande trend (sid 8-9).
- Patientsäkerhetskulturen har förbättrats i vissa områden jämfört med mätningen år 2014 (sid 10). Fortfarande är dock dimensionerna "samarbetet mellan vårdenheter" och "överlämningar och överföringar av patienter och information" svagheter som behöver förbättras.
- Markörbaserad journalgranskning av 150 patientjournaler har genomförts. Analys av dessa data pågår (sid 11).
- Inga fall av vårdrelaterad infektioner och trycksår förekom under år 2017 (sid 11).
- Följsamheten till Basala hygien- och klädregler (BHK) varierar mellan mättillfällena (sid 11) och kan förbättras.
- Under senhösten 2017 har patientsäkerhetsdialoger genomförts med alla basenheter. Resultaten håller på att sammanställas (sid 11).
- Överbeläggningar var inte samma stora problem under 2017 som under 2015 och 2016. Överbeläggningsrutinerna fungerar väl. Hittills har inga patienter kommit till skada pga överbeläggningar (sid 11)
- Arbete pågår med att förbättra läkemedelshandlingen och utbildning i suicidprevention. Markörbaserad journalgranskning ska fortsätta som tidigare (sid 12).
- Det har kommit ny reglering av patienters klagomål. Förvaltningen arbetar med att utveckla ett till lagstiftningen anpassat arbetssätt (sid 12).

Mål och strategi för patientsäkerhetsarbetet

Huvuduppdraget för Landstinget Blekinge är att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård.

Landstinget Blekinge

Inriktningsmål: En trygg och säker sjukvård

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet: att systematiskt förebygga vårdskador

Strategi för patientsäkerhetsarbetet: genom ett strukturerat och systematiskt arbete förbättra patientsäkerheten på både kort och lång sikt.

Mål: Landstinget Blekinge ska arbeta för följande långsiktiga och patientfokuserade mål:

- A. God patientsäkerhetskultur,
- B. Öka patientens delaktighet,
- C. Färre frekventa vårdskador och allvarliga vårdskador.

Förvaltning Psykiatri & Habilitering

Inriktningsmål: En trygg och säker sjukvård

Övergripande mål för förvaltningens patientsäkerhetsarbete: att systematiskt förebygga alla vårdskador

Förvaltningens strategi för patientsäkerhetsarbete: genom ett systematiskt och strukturerat arbete

- analysera negativa händelser (klagomål, avvikelser, anmälningsärenden)
- granska journaler,
- följa BHK, VRI, överbeläggningar, patientsäkerhetskulturmätning och patientsäkerhetsdialoger

och på så sätt skapa underlag för att genomföra förbättringsarbete i syfte att minska allvarliga vårdskador och förebygga vårdskador.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

Det övergripande ansvaret för patientsäkerhet har vårdgivaren, vilket är Landstingsstyrelsen.

Den linjära organisationen, som styr verksamheten i Psykiatri & habilitering ser ut på följande sätt:

- landstingsstyrelsen
- nämnden för psykiatri
- landstingsdirektör
- förvaltningschef
- verksamhetschefer
- avdelningschefer

Förvaltningen har som stöd chefläkarfunktionen. Chefläkaren är enl. delegation anmälningsansvarig enl. patientsäkerhetslagen, ska vidare delta i och vara stöd i arbetet med risk- och händelseanalyser och vid behov initiera till dessa, hantera Lex Maria-ärenden enligt landstingets rutin, svara för att samtliga Lex Maria inom förvaltningen och anmälningsärenden/avvikelser av principiell karaktär ska diskuteras i förvaltningens ledningsgrupp och delta i psykiatri- och habiliteringsförvaltningen övergripande i patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Chefläkaren har samarbete med patientsäkerhetsavdelningens olika funktioner, t.ex. händelseanalysteam, läkemedelskommitté, läkemedelsgruppen, smittskyddet, vårdhygien, m.m.

Alla basenheter inom psykiatri & Habilitering har avvikellesamordnare och hygienombud.

Det praktiska patientsäkerhetsarbetet sker i det dagliga arbetet. Verksamhetschef och avdelningschef har ett särskilt ansvar. Varje medarbetare har i sin tur ett patientsäkerhetsansvar genom att kontinuerligt medverka i ett systematiskt förbättringsarbete genom att vidareutveckla rutiner, följa upp mål och resultat samt rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Ledningssystem för patientsäkerhet

Under 2015 har ledningssystemet för förvaltningen utvecklats. Som en del av denna utveckling har även förvaltnings ledningssystem för patientsäkerhet omarbetats (bilaga). Förvaltningens patientsäkerhetsarbete utvärderas och följs upp enligt detta ledningssystem. Avvikelse- och patientsäkerhetsgruppen har under 2017 påbörjat sitt arbete och är nu central i analys och sammanställning av vårdskador, förvaltningsövergripande klagomål, anmälningsärenden och avvikelseärenden. Dessa analyser leds vidare till det förbättringsarbete som sker inom förvaltningen. Denna grupp sammanställer årligen en patientsäkerhetsberättelse.

Hantering av vårdskador

Alla vårdskador registreras som avvikelser och markeras i avvikelserna som ”vårdskada” eller ”till chefläkare”. Verksamhetschef eller avdelningschef (som ofta också är avvikelssamordnare) diskuterar med chefläkaren om vårdskadan är allvarlig eller inte.

Om vårdskadan är allvarlig, ska intern utredning genomföras enl. patientsäkerhetslagen och händelsen anmäls av chefläkare till Inspektion för vård och omsorg (Lex Maria).

Om vårdskadan inte är allvarlig genomförs en internutredning i behövlig grad för att klargöra förloppet, förklara för patienten och närstående och för att kunna förebygga en upprepning.

Alla vårdskador rapporteras, efter utredning, till avvikelse- och patientsäkerhetsgruppen.

Klagomål från patient eller närstående

Alla klagomål, som kommer till personalens eller avdelningschefens kännedom registreras i avvikelssystemet. Avdelningschefen utreder, beroende på klagomålets art, informellt eller formellt klagomålet, eller lyfter det vid behov till verksamhetschefen för vidare utredning. Utredningsresultatet återkopplas till patienten. Klagomål, som berör förvaltningsövergripande processer, rapporteras och handläggs i avvikelse- och patientsäkerhetsgruppen.

Lex Maria och anmälan om fel i vården (IVO-ärenden)

Alla allvarliga vårdskador och i anmälan om fel i vården registreras i avvikelssystemet och utreds av verksamhetschef. Allvarliga vårdskador anmäls av chefläkare till Inspektion för vård och omsorg (IVO). Beslut återkopplas till verksamhetschefen och därmed till linjeorganisationen. Verksamhetschefen ska på ett lämpligt sätt se till att avdelningschef och berörd personal direkt får del i återkopplingen. Om ärendet är av mer generell intresse för verksamheten ser verksamhetschefen till att kunskapen sprids. Även i detta kan chefläkaren vara behjälplig. Alla anmälningar enl. Lex Maria rapporteras till avvikelse- och patientsäkerhetsgruppen.

Avvikelsehantering

Alla avvikelser handläggs av en avvikelssamordnare, som oftast är avdelningschef eller verksamhetschef. Om avvikelserna kan lösas på plats, vidtas dessa åtgärder och avvikelserna avslutas. Om avvikelserna är av en art, som behöver mer genomgripande åtgärder, bereds avvikelserna i verksamhetens avvikelsegrupp, som då utreder, analyserar, löser och avslutar avvikelserna.

Avvikelsegruppen har också till uppgift att analysera avvikelser i aggregerad form och komma med förbättringsförslag. Vid behov kan analysresultat och förslag överföras till förvaltningens avvikelse- och patientsäkerhetsgrupp.

Avvikelser gällande ärenden enl. LPT, LRV och LVM

Dessa avvikelser diskuteras i chefföverläkargruppen som utarbetar förslag om hur händelser av liknande slag ska kunna förebyggas. Förslagen återkopplas till respektive chef och till förvaltningens avvikelse- och patientsäkerhetsgrupp.

Patientsäkerhetskultur

Resultatet av patientsäkerhetskulturenkäten 2017 har återkopplats till verksamhetscheferna. Analys pågår och en handlingsplan på förvaltningsnivå och på basenhetsnivå ska utarbetas under våren 2018.

Basala hygien- & klädregler, vårdrelaterade infektioner, läkemedelsberättelser

Mätningarna av följsamheten av de basala hygienrutiner och klädregler, förekomst av vårdrelaterade infektioner och rutiner för läkemedelsberättelser genomfördes enligt Landstinget Blekinges rutiner. Resultaten har återkopplats till verksamhetscheferna, som i sin tur meddelade avdelningschefer som återkopplade resultaten till personalen.

Vårdskador, allvarliga vårdskador och fel i vården

Utredningar och anmälningar av vårdskador och allvarliga vårdskador

Antalet interna utredningar och anmälningar enl. patientsäkerhetslagen (Lex Maria):

	2017	2016	2015	2014
Intern utredning	8	15	10	15
Anmälan enl. Lex maria	3	13	6	7
Inkomna beslut (IVO)	3	13	6	7

Alla anmälningar var på grund av en patients självmord inom en månad efter senaste kontakt med sjukvården. Denna minskning av anmälningar förklaras till en del av att obligatoriet för anmälan av alla självmord försvann under hösten 2017 och att endast de ärenden, där utredningen påvisar en allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO.

För alla av anmälningarna har beslut från IVO inkommit I alla de inkomna besluten bedömde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att de interna utredningar och de vidtagna resp. planerade åtgärderna vara tillfyllest.

Den kraftiga ökningen under 2016 av självmord inom 30 dagar efter senaste kontakten har hittills inte kunnat förklaras. Återgången till betydligt lägre antal (2017: 5) kan antyda att det var en slumpvis anhopning. Dock pågår ett noggrant analysarbete: alla anmälningar enl. Lex Maria från 2013 – 2016 (sammantaget 35 anmälningar) håller på att granskas: vi går igenom de interna utredningarna, begärda kompletteringar, närståendes kommentarer och framför allt journalerna. Eftersom journalerna är omfattande kommer denna granskning kunna avslutas först under hösten 2017. Under våren 2018 kommer granskningen att kompletteras med en analys av de förutsättningar som fanns 2013-2017 för att förebygga självmord och en handlingsplan kommer att utarbetas.

Anmälningar om fel i vården

	2017	2016	2015	2014
Fel i vården	7	4	4	7
Inkomna beslut (IVO)	2	4	4	7

Dessa klagomål rörde utebliven vård, utebliven diagnos, bristande remisshantering, biverkan av läkemedel och felaktigheter i patientjournal. I två av dessa klagomål har beslut från IVO inkommit, fem ärenden är under behandling på IVO. Inkomna beslut innebar ingen kritik

Anmälningar till Patientnämnden

Under 2017 inkom 23 klagomål till förtroendenämnden. Vid genomläsning av sammanfattningarna av de enskilda ärendena framkommer, att klagomål på kommunikation dominerar: bland de 10 klagomål på "kommunikation" noteras att patienterna "inte blir lyssnade på" och att "bemötandet är dåligt". Detta senare noteras i sex ärenden direkt, men skiner igenom även i ärenden som kategoriseras på annat sätt.

	Kategori	Antal 2017	Antal 2016	Antal 2015	Antal 2014
Vård och behandling	Undersökning/utredning	1	6	5	5
	Diagnos	0	0	2	1
	Behandling	3	11	11	6
	Läkemedel	2	5	6	6
	Summa	6	22	24	18
Omvårdnad	Personlig omvårdnad	1	0	0	0
Kommunikation	Bemötande	6	7	7	2
	Ej lyssnad till	2	3	1	1
	Dialog/delaktighet anhöriga	2	1	2	1
	Summa	10	11	10	4
Patientjournal och sekretess	Bruten sekretess	1	1	1	3
	Patientjournal	1	1	1	2
	Summa	2	2	2	5
Organisation och tillgänglighet	Lång väntan	0	0	2	1
	Tillgänglighet	1	1	1	0
	Valfrihet	1	0	0	1
	Summa	2	1	3	2
Vårdansvar	Fast vårdkontakt	0	0	2	0
	Vårdplanering	1	1	1	0
	Summa	1	1	3	0
Administrativ hantering	Brister vid hantering av remisser mm	0	1	1	0*
	Övrig administrativ hantering	1		1	1
	Summa	1	0	2	1
Ekonomi		0	1	0	0
Summa		23	39	44	30

*Flera ärenden om bristande remisshantering hade klassificerats på annat sätt under år 2014

Avvikelser

Avvikelserna genomlysas med Qlikview, vilket tyvärr ger endast en begränsad förmåga till analys. Noteras bör, att IT-stödet för avvikelser startade i december 2012 och användningen kom igång på bred front under 2013.

	2017	2016	2015	2014
Avvikelser	214	260	296	222
Inblandade patienter	149	203	219	137
Klagomål från närstående	34	32	44	22
Genomsnittlig handläggningstid (dagar)	156	161	329	614
Avslutade ärenden	155	248	293	222

Detta kan jämföras med de 23 anmälningar till förtroendenämnden.

Avvikelserna berörde 136 personal. Av dessa var 62 läkare, 61 sjuksköterskor, 9 administrativ personal, 13 paramedicinare och 2 kurator, 51 annan sjukvårdspersonal. Observera, att en avvikelse kan nämna mer än en personalgrupp.

År 2017 gällde 155 av avvikelserna riskområde vård (föregående år: var god se nedan). Av dessa avvikelser klassades 10 som misstänkta vårdskador. Detta bör ses i relation till de tre ärenden som anmäldes enligt Lex Maria och de fem ärenden som utreddes.

Allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning gällande avvikelser för åren 2017, 2016 och 2015 i riskområdet "vård" ses i nedan tabell.

Allvarlighet	Mindre			Måttlig			Betydande			Katastrofal			Antal		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Sannolikhet	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Mycket liten	5	9	5	5	4	2	9	3	3	3	3	4	22	19	14
Liten	10	21	19	28	45	26	60	46	38	7	17	6	105	129	89
Stor	0	3	3	10	8	12	15	28	36	0	3	0	25	42	51
Mycket stor	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	2	4	3	3	6
Antal	15	33	27	45	58	40	84	77	79	11	25	14	155	193	160

Observera, att ett antal avvikelserna (för varje år) inte har klassificerats till allvarlighetsgrad och sannolikhet.

Avvikelser för år 2014 - 2017 låter sig kategoriseras enligt följande tabell.

Kategori	Underkategori	Antal röda				Antal gulröda				Antal gula				Antal (alla)			
		2017	2016	2015	2014	2017	2016	2015	2014	2017	2016	2015	2014	2017	2016	2015	2014
Administrativ rutin	Patientidentifiering	0	1	0	0	1	3	2	2	1	2	0	0	2	6	2	2
	Policy/riktlinjer	5	8	14	13	23	18	21	13	19	26	12	24	47	52	47	50
Medicinsk behandling	Behandling	3	8	4	3	11	18	4	5	2	8	1	0	16	33	9	8
	Diagnostik	0	0	1	2	3	4	1	1	0	0	1	1	3	4	3	6
	Läkemedel	3	3	2	8	16	3	10	6	8	10	6	10	27	16	19	24
	Komplikation	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	1	2
Patientdokumentation	Patientjournal	1	1	4	10	7	4	17	7	5	9	4	5	13	14	25	26
	Sekretesshantering	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	1	2	3	0
Omvårdnad	Bemötande	0	0	2	2	1	1	1	1	0	1	3	2	1	2	6	4
	Samverkan	0	0	3	2	1	6	4	2	1	10	0	6	2	16	7	10
	Kommunikation	0	1	3	0	4	2	5	0	3	2	3	1	7	5	11	1
	Övervakning	0	0	2	0	0	1	1	1	2	0	1	0	2	1	4	1
	Provtagning	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	3	2	3	2	3
	Fall	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	2	2	1	0
	Ej angivet													5	0	1	7
Hjälpmedel	Ej angivet	0	0	1	2	0	1	0	0	0	3	0	3	0	5	1	5
Medicinskt teknisk utr.	Apparatur	0	0	1	0	0	1	0		0	2	0		0	3	1	0
Ej angivet	Ej angivet	1				9				15				25	27	2	10
Summa		15	24	38	56	76	65	71	51	64	78	32	79	155	194	161	186

Observera: ett antal avvikelser varje år är inte klassificerade till allvarlighetsgrad, sannolikhet kategori och underkategori. *Därför stämmer inte summorna helt överens.*

Under år 2017 har antalet avvikelser för riskområdet "Vård" ökat minskat med tidigare år. Antalet avvikelser med allvarlighetsgrad "katastrofal" har minskat jämför med alla föregående år. Lika så är antalet avvikelser med hög riskpoäng (röda avvikelser) betydligt färre år 2017 (16 stycken) jämfört med år 2015 (42 stycken) och 2016 (33 stycken) vilket visar på en fallande trend.

I januari 2016 bestämdes att **samverkan** och **läkemedelsproblem** skulle bli fokusområden för förbättring. Personalen uppmanades att särskilt rapportera avvikelser i dessa områden. Av tabellen ovan blir det tydligt, att antalet avvikelser beträffande samverkan har minskat betydligt.

Vad gäller avvikelser beträffande **läkemedel** har antalet ökat. Denna ökning speglar en betydligt ökad medvetenhet om vikten av läkemedelsrelaterade problem framför allt inom slutenvården. Problemen som inte rapporterats under tidigare år, har rapporterats under 2017 (t.ex. biverkningar, avvikelse från "generell delegation", mm.)

Av analys av avvikelserna i januari 2016 blev det tydligt att övriga förbättringsområden var följsamhet till policy och riktlinjer, dokumentation i patientjournal och avvikelser som inte klassificerats. Av tabellen ovan blir det tydligt att dessa områden bör komma i fokus även fortsättningsvis.

Det blir också mycket tydligt, att analysen av avvikelserna inte kan drivas längre utan att gå till de enskilda avvikelserna, eftersom kategorierna och underkategorierna i avvikelssystemet inte tillåter en mer detaljerad analys. Vidare är 16% av avvikelserna inom riskområdet vård är inte alls kategoriserade. Denna brist medför också uppenbara svårigheter att utarbeta specifika åtgärder i syfte att förbättra verksamheten.

Risk- och händelseanalyser

Under 2017 genomfördes inga händelseanalyser. Detta beror på att händelseanalysteamet bl.a. på grund av pensionsavgångar och omorganisation inte kunde arbeta under den största delen av 2017.

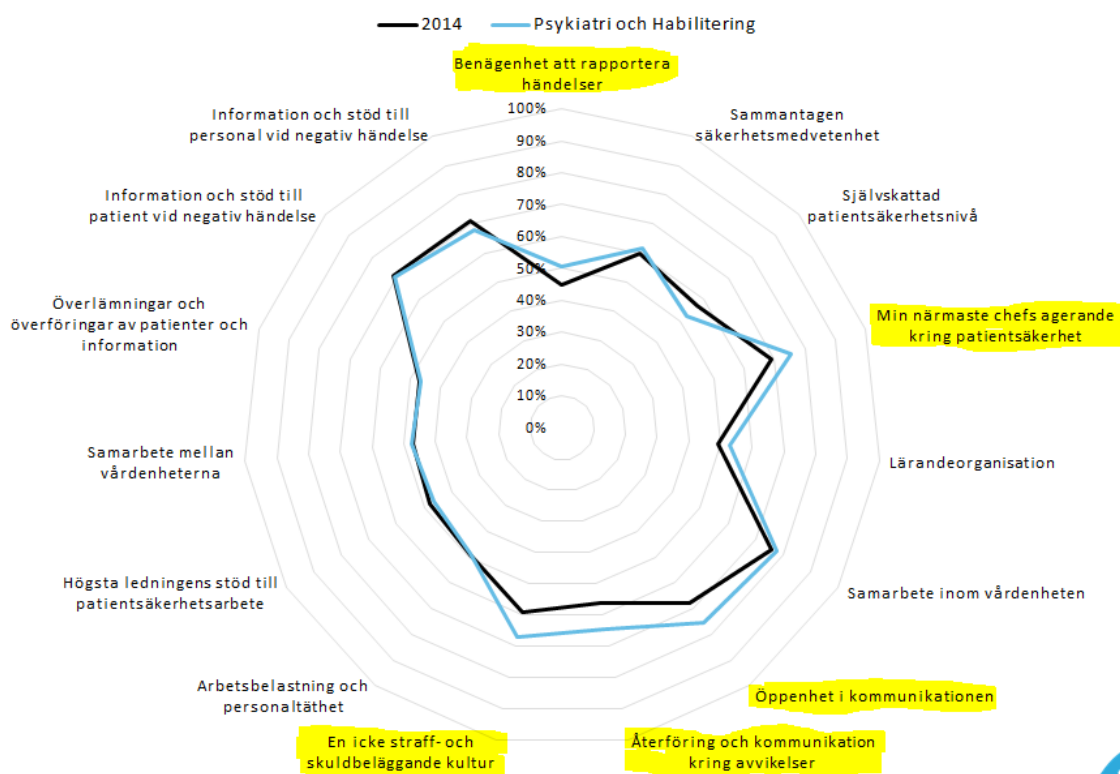
Risikanalyser: Under 2017 genomfördes inga risikanalyser som berör patientsäkerhet.

Patientsäkerhetskultur

Under 2017 genomfördes en risktäckande patientsäkerhetskulturenkät. Av de 475 enkäter som skickades ut till personalen besvarade 323 (svarsfrekvens: 68%), vilket ligger på samma nivå som landstinget i sin helhet. Svarsfrekvensen 2017 var betydligt högre än svarsfrekvensen 2014 (53%). Också antalet enkäter som skickades ut var betydligt högre (2014: 332). Den högre svarsfrekvensen ökar således validiteten av 2017-års enkät jämfört med 2014-års enkät.

En jämförelse av resultaten för åren 2014 och 2017 visar, att dimensionerna ”en icke straff- och skuldbeläggande kultur”, ”Återföring och kommunikation kring avvikelser”, ”Öppenhet i kommunikation”, ”Benägenhet att rapportera händelser” och ”Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet” har förbättrats.

Resultat jämfört med senaste mätning



Styrkorna inom patientsäkerhetskulturen för förvaltningen ligger inom dimensionerna ”Samarbete inom vårdenheten”, ”öppenhet i kommunikation”, ”Närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, information och stöd till patient vid negativ händelse” och ”Information och stöd till personal vid negativ händelse”.

Dimensionen som förbättrats mest är ”Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, som har ökat från 21% (2014) till 46% (2017). Till en del kan denna förbättring förklaras av att frågan år 2017 var tydligare ställd genom att ”högsta ledningen” definierades som ”förvaltningsledning”, men förvaltningens arbete med patientsäkerhet har intensifierats under åren 2015 – 2017: det finns nu ett ledningssystem för patientsäkerhet, fler medarbetare är engagerade (jämfört med åren 2013-2014) och patientsäkerhet finns på agendan på ett mycket tydligare sätt (t.ex. ledningsgruppsmöten, APT).

De fokusområden som fastställdes i handlingsplanen 2014 har endast ”Benägenhet att rapportera händelser” förbättrats. ”Samarbetet mellan vårdenheter” och ”Överlämningar och överföringar av patienter och information” ligger på samma nivå som 2014. Denna bristande förbättring har flera sannolika orsaker: t.ex. har nya rutiner beträffande överrapportering har börjat gälla under 2017. Bidragande är också att förändringar inom dessa dimensioner kräver att så gott som all personal är engagerad. En sådan process pågår men tar också tid.

Under våren 2018 ska utfallet av patientsäkerhetskulturenkäten analyseras närmare och en ny handlingsplan skapas.

Markörbaserad journalgranskning

Under 2017 granskades 150 journaler. Således uppfylldes målet vad gäller journalgranskningen. Analys av denna journalgranskning pågår och kommer att redovisas i en separat rapport före juni 2018.

Vårdrelaterade infektion, basala hygien- och klädregler och trycksår

Psykiatrien deltar i de landstingsgemensamma prevalensmätningar inom områdena basala hygienrutiner och klädregler, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Under 2017 har det inte förekommit vårdrelaterade infektioner eller trycksår vid de mätningar som genomfördes. Följsamheten för de basala hygienrutiner och klädregler varierar över de olika mättillfällena. Här har hygienombuden en viktig uppgift att kontinuerligt föra diskussion kring detta. Avdelningscheferna ansvarar för att medarbetarna följer hygienrutinerna och stöttar hygienombuden.

Patientsäkerhetsdialoger

Under senhösten 2017 genomfördes patientsäkerhetsdialoger med Vuxenpsykiatri Väst, BUP, Habiliteringen, Vuxenpsykiatri Öst, Läns gemensam Psykiatri och förvaltningsstaben. Resultat av patientsäkerhetsdialogerna kommer att redovisas i en separat rapport under våren 2018.

Överbeläggningar

Under perioden augusti – december 2015 och 2016 var bristen på vårdplatser ett problem under ett antal veckor. Under samma period 2017 var överbeläggningar ett problem, men inte lika stort som under de tidigare åren. Förvaltningen arbetade med dessa överbeläggningssituationer genom att chefer och ansvariga överläkare träffades direkt efter morgonmöte för att med hjälp av olika verktyg åtgärda situationen. Rutinen mot överbeläggningar följdes och sedermera anpassades till denna mer eller mindre konstanta situation. De verktyg som användes var prioriteringslistor för permissioner och i nödfall utskrivning på avdelningar, tydligare inläggningsskriterier, obligatorisk diskussion med senior läkare vid inläggning och snabbare utskrivning genom ett mer strukturerat samarbete med öppenvården och Akut- och rådgivningsteamet. Vid uppföljning via chefläkaren har det till dags dato inte framkommit att någon patient kommit till skada.

Pågående och planerat arbete:

Säker läkemedelsbehandling

- Genomgång och utveckling av rutiner som ska minska riskerna vid läkemedelsbehandling.
- Utredning i vad mån patienter med antipsykosmedel får en rimlig uppföljning av de metabola biverkningar orsakade av dessa läkemedel.

Ansvariga: Chefläkare och klinisk farmaceut

Suicidprevention

- Analys av alla suicid 2013 – 2017 pågår. Samverkan inom regionen om suicidprevention pågår. Syftet att utreda, vilka åtgärder som kan förebygga framtida suicid hos förvaltningens patienter.
- Utbildning i suicidologi startade för all personal i förvaltningen under 2016 och ska slutföras under 2018.

Ansvarig: Chefläkare

Marköbaserad journalgranskning

Den marköbaserade journalgranskningen i syfte att hitta och förebygga vårdskador kommer att starta i mars 2016. Målet är att granska 150 journaler under 2018. Personal till ”Journalgranskningsgruppen är utsedda, utbildade och arbetet har kommit igång under hösten 2017 och planeras att fortgå framgent.

Ansvarig: Chefläkare

Avvikelsehantering

En uppföljande analys av 2017 års avvikelser i riskområde ”vård” kommer att genomföras av förvaltningens avvikelse- och patientsäkerhetsgrupp under våren 2018. Syftet är att fastställa vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga vårdskador.

Patienters klagomål

Klagomålsutredningen har kommit med sitt slutbetänkande. Utredningen föreslår förändringar av hur klagomålen bör hanteras. Förslagen är rimliga och stärker patientens ställning. Förslagen kommer dock att innebära förändringar i sjukvårdens arbetssätt. Hur detta ska kunna ske kommer att utarbetas under år 2018.

