

# Patientsäkerhetsberättelse år 2014 för Psykiatri och Habilitering

---

Antagen i förvaltningen Psykiatri & Habiliterings ledningsgrupp: 2015-03-18  
Ansvarig för innehållet:  
2015-02-18 Chefläkare Peter Valverius

## Innehåll

Övergripande mål .....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete .....	3
Struktur för uppföljning och utvärdering .....	4
Vårdskador och allvarliga vårdskador .....	5
Anmälningar till förtroendenämnden .....	5
Avvikelse .....	6
Risk- och händelseanalyser .....	8
Patientsäkerhetskulturenkät .....	8
Markörbaserad journalgranskning .....	8
Vårdrelaterad infektioner, basalhygienrutiner och klädregler, trycksår .....	9
Säker läkemedelshantering .....	9
Lärdomar .....	10
Åtgärder .....	11

### Bilagor:

Patientsäkerhetskultur 2014: Handlingsplan utifrån identifierade förbättringsområden,  
Landstinget Blekinge, Förvaltning: Psykiatri och Habilitering

## Övergripande mål

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

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att systematiskt förebygga vårdskador.

Strategin för att uppnå målen är att genom ett strukturerat och systematiskt arbetssätt stödja förvaltningen att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra patientsäkerheten på lång och kort sikt.

De långsiktiga och patientfokuserade målen är, utan inbördes prioritering,

- God patientsäkerhetskultur
- Förebygga vårdskador
- Minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner
- Säker läkemedelshantering
- Säkra överlämningar och överföringar
- Minska förekomsten av allvarliga vårdskador
- Öka patientens delaktighet i vården.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete

Det övergripande ansvaret för patientsäkerhet har vårdgivaren, vilket under 2014 för förvaltningens räkning var Hälso- och sjukvårdsnämnden och för 2015 är Landstingsstyrelsen.

Ansvar och befogenhet ligger, enligt delegationsordningen i Landstinget Blekinge, i den linjära organisationen. Detta innebär att under 2014

- hälso- och sjukvårdsnämnden
- landstingsdirektör
- förvaltningschef
- verksamhetschefer
- avdelningschefer

ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra patientsäkerheten på lång och kort sikt inom den verksamhet som de har befogenhet för enligt gällande delegationsordning.

2014 beslutade Landstinget Blekinge om en ny organisation. Detta innebär, att från 2015-01-01 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 tillgång till patientsäkerhetsavdelningens funktioner, t.ex. händelseanalysteam, läkemedelskommitté, läkemedelssektionen, smittskyddet, vårdhygien, m.m.

Alla basenheter inom psykiatri & Habilitering ska ha 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.

## **Struktur för uppföljning och utvärdering**

Förvaltningens patientsäkerhetsarbete utvärderas och följs upp på olika sätt.

### **Lex Maria och enskilda klagomål**

Alla beslut i ärenden enl. patientsäkerhetslagen (Lex Maria) och i enskilda klagomål 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 generellt intresse för verksamheten ser verksamhetschefen till att kunskapen sprids. Även i detta kan chefläkaren vara behjälplig.

### **Patientsäkerhetskultur**

Resultatet av patientsäkerhetskulturenkäten har återkopplats till verksamhetscheferna. På förvaltningsnivå har chefläkaren analyserat resultaten, rapporterat dessa till ledningsgruppen och utarbetat en åtgärdsplan, som i sin tur beslutats i ledningsgruppen.

### **Nationella patientsäkerhetsinsatsen 2014**

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.

### **Avvikelsehantering**

Avvikelsesamordnare har tillsammans med verksamhetschefer analyserat avvikelserna så gott det går och diskuterat dem i olika forum (ledningsgrupp, APT). Avvikelser som innebar vårdskada, risk för vårdskada, allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada har lämnats vidare för bedömning till chefläkare, som i sin tur i förekommande fall, initierat en intern utredning och/eller en anmälan enligt patientsäkerhetslagen (Lex Maria).

### **Övrigt**

Chefläkaren har följt avvikelserna på förvaltningsnivå med särskilt fokus på riskområde "Vård" och kategori "läkemedel". Halvårsvis har avvikelserna analyserats och rapporterats till förvaltningens ledningsgrupp.

## Vårdskador och allvarliga vårdskador

### Utredningar och anmälningar enl. Patientsäkerhetslagen (Lex Maria)

Under 2014 genomfördes 15 interna utredningar.

Sju av dessa utredningar resulterade i anmälningar enligt patientsäkerhetslagen (Lex Maria). Alla anmälningar var på grund av en patients självmord inom en månad efter senaste kontakt med sjukvården.

I fyra av anmälningarna har beslut från IVO inkommit, i tre fall väntar förvaltningen på beslut. I de fyra inkomna besluten innebär att interna utredningen och de vidtagna resp. planerade åtgärderna var tillfyllest.

De övriga åtta ärenden rörde patienter med bristande läkemedelssäkerhet (sex ärenden), två ärenden då misstänkt suicid efter rättsmedicinsk utredning inte visade sig vara suicid.

### Enskilda klagomål

Under 2014 inkom sju enskilda klagomål. Dessa klagomål rörde diagnos, behandling, bemötande, bristande övervakning av patient i slutenvård och felaktigheter i patientjournal. Inte i något av dessa klagomål har beslut från IVO inkommit.

## Anmälningar till Förtroendenämnden

Under 2014 inkom 32 klagomål till förtroendenämnden.

	Kategori	Underkategori	Antal
Vård och behandling	Undersökning/utredning	Inte tagen på allvar	2
		Remissrundgång	2
		Lång tid till utredning	1
	Diagnos	Fel diagnos	1
	Behandling	Fel behandling	1
		Fel i journalföring	2
		Remissrundgång	2
		Bristande information	1
	Läkemedel	Nedtrappningsfel	3
		Ej erbjuden rätt LM	2
		Påverkad pat. får LM	1
	"Second opinion"		1
Kommunikation	Bemötande	Inte lyssnad på	2
		Vill inte betala kopior	1
	Dialog/delaktighet anhöriga	Bristande delaktighet	1
Patientjournal och sekretess	Bruten sekretess	Journal till fel person	1
		Personnummer syns	1
		Journal till myndighet	1
	Patientjournal	Obs!-info	1
		Spåra brev	1
Ekonomi	Patientavgifter		1
Organisation och tillgänglighet	Lång väntan		1
	Valfrihet		1
Administrativ hantering	Övrig administrativ hantering	Sjukintyg kom sent	1

Vid genomläsning av sammanfattningarna av de enskilda ärendena framkommer, att klagomål på bemötande dominerar: patienterna skriver att "de inte blir lyssnade på", att "ingen tar dem på allvar", att "bemötandet är dåligt". Detta noteras i fem ärenden direkt, men skiner igenom även i ärenden som kategoriseras på annat sätt.

Det andra iögonfallande är att fyra ärenden handlar om att patienten blivit remitterad fram och tillbaka mellan primärvård och psykiatri och att patienterna ansåg att detta fördröjde vården.

## Avvikelser

Avvikelserna genomlysas med Qlikview, vilket ger en begränsad förmåga till analys. Till exempel, man kan få fram hur många läkemedelsrelaterade avvikelser som registrerats men inte om dessa avvikelser innebär att läkemedlet inte finns på apotek, att det är en feldelning, felanvändning, problem med IT-system (t.ex. Pascal), biverkan eller bristande ordination eller dokumentation. Samma problem gäller de andra riskområden och kategorierna.

Under 2014 registrerades sammantaget 222 avvikelser, under 2013 registrerades 172 avvikelser. Detta är en ökning med ca. 30 %.

I dessa avvikelser var 137 patienter involverade, 13 av avvikelserrapporterna uppkom på initiativ av närstående och 22 av avvikelserna uppkom som klagomål från patienterna. Detta kan jämföras med de 32 anmälningar till förtroendenämnden; där dock ett par patienter anmälde flera gånger.

Avvikelserna berörde 105 personal. Av dessa var 31 läkare, 21 sjuksköterskor, 28 mentalskötare, 12 administrativ personal, 10 paramedicinare och 4 annan personal.

2013 den genomsnittliga handläggningstiden för avvikelserna 166 dagar, år 2014 minskade handläggningstiden till 93 dagar i genomsnitt.

Av avvikelserna gällde 186 riskområdet "vård". Av dessa avvikelser klassades fyra som vårdskador och samma fyra skickades till chefläkare för bedömning. Detta bör ses i relation till sju ärenden som anmälades enligt patientsäkerhetslagen (Lex Maria) och de åtta övriga ärenden som utreddes.

Allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning gällande avvikelserna i riskområdet "vård" ses i nedan tabell:

	Allvarlighet	Mindre	Måttlig	Betydande	Katastrofal	Antal
Sannolikhet	Poäng	1	2	3	4	
Mycket liten	1	9	2	6	0	17
Liten	2	25	36	36	5	102
Stor	3	1	10	50	3	64
Mycket stor	4	0	0	2	1	3
Antal		35	48	94	9	186

Avvikelser låter sig kategoriseras enligt följande:

Kategori	Underkategori	Antal röda	Antal gulröda	Antal gula	Antal (alla)
Administrativ rutin	Patientidentifiering	2			2
	Policy/riktlinjer	13	13	24	50
	Ej angivet	5	2	8	15
Medicinsk behandling	Behandling	3	5		8
	Diagnostik	2	1	1	6
	Läkemedel	8	6	10	24
	Komplikation	1	1		2
	Ej angivet	3	1		4
Patientdokumentation	Patientjournal	10	7	5	26
	Ej angivet			1	1
Omvårdnad	Bemötande	1	1	2	4
	Samverkan	2	2	6	10
	Kommunikation			1	1
	Hot & våld mot patient		2		2
	Hud & vävnad		1		1
	Övervakning		1		1
	Provtagning			3	3
	Ej angivet	1	5	1	7
Hjälpmedel	Ej angivet	2		3	5
Ej angivet		3	3	14	19
Summa		56	51	79	186

Av denna tabell blir det tydligt, att förvaltningen har fem förbättringsområden:

- följsamhet till policy och riktlinjer
- dokumentation i patientjournal
- läkemedelsbehandling/hantering
- samverkan
- avvikelser som inte klassificerats (ingen kategori och/eller underkategori angiven)

Det blir också mycket tydligt, att analysen inte kan drivas längre utan att gå till de enskilda avvikelserna, eftersom kategorierna och underkategorierna i avvikelssystemet inte tillåter en mer detaljerad analys. Mer än 10% av avvikelserna in om riskområdet vård är inte alls kategoriserade och 32 av avvikelserna inte har en underkategori. Denna brist medför också uppenbara svårigheter att utarbeta specifika åtgärder i syfte att förbättraverksamheten.

Problemområdet "samverkan" är i analysen av patientsäkerhetsenkäten ett förbättringsområde, likaväl som benägenheten att rapportera händelser.

Att läkemedelsbehandling är ett riskområde framkommer inte bara av avvikelserna, men också av anmälningarna till förtroendenämnden och av nedan nämnda riskanalys.

## Risk- och händelseanalyser

Under 2014 genomfördes inga risk- eller händelseanalyser på initiativ från Psykiatri & Habiliteringsförvaltningen. I en händelseanalys initierad av Blekingesjukhuset belystes samverkan mellan intensivvårdsavdelningen och akutläkare. Händelseanalysen visade, att Psykiatri & Habiliteringsförvaltningen följde överenskommelsen om särskilt vårdkrävande patienter med samtidig kroppslig sjukdom.

Den 2013 genomförda riskanalysen "Läkemedelsbehandling i psykiatri" har uppmärksammat ett antal riskfaktorer. Under hösten 2014 träffades en åtgärdsgrupp bestående av specialistläkare, ST-läkare, sjuksköterskor, verksamhetschef, farmaceuter och utarbetade ett förslag för åtgärdsplan för att minska de i riskanalysen belysta riskerna. Detta förslag ska under våren 2015 omarbetas till en konkret åtgärdsplan.

## Patientsäkerhetskulturenkät

Under 2014 genomfördes en risktäckande patientsäkerhetskulturenkät. Denna enkät analyserades, styrkor och förbättringsområden identifierades.

Styrkorna är

- Samarbete inom vårdenheten
- Information och stöd till patient vid negativ händelse
- Information och stöd till personal vid negativ händelse
- Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet.

Förbättringsområden är

- Benägenhet att rapportera händelser
- Överlämningar och överföringar av patienter och information
- Samarbete mellan vårdenheterna

En åtgärdsplan utarbetades och är nu i arbete. Detta arbete ska utvärderas i december 2015.

## Markörbaserad journalgranskning

Under 2014 genomfördes en markörbaserad journalgranskning i syfte att upptäcka vårdskador. Syftet med detta arbete var att testa metoden tillsammans med andra psykiatriska enheter i landet för att se om markörerna fungerar i detta syfte. 30 journaler granskades, ett antal indikatorer utföll och en vårdskada hittades.

Det noterades att det i slutenvården

- Fanns minst en suicidriskbedömning hos 15/15 patienter i samband med slutenvård
- Vårdplan var dokumenterad i 6 av 15 granskade journaler,
- SIP genomfördes i 7 av 15 granskade journaler (där andra aktörer fanns med)
- Saknades dokumentation om somatiskt status 2 av 15 journaler,
- Fanns administrativa brister gällande LPT i 1 av 2 aktuella journaler
- Missad litiumkontroll i 1 av 2 journaler

### När det gäller öppen- och mellanvården noterades

- Vårdplan var dokumenterad 5 av 30 granskade journaler
- SIP genomfördes i 22 av 30 granskade journaler (de flesta hade flera aktörer)
- Dokumenterad suicidriskbedömning 22 av 30
- Dokumentation av somatiskt status saknades i 26/30 granskade journaler
- Urintoxikologisk kontroll dokumenterad i 16 av 19 journaler beträffande patient med risk för droger
- Missad litiumkontroll 1 av 3 aktuella journaler
- Missad metabol kontroll i 1 av 3 aktuella journaler
- Avsaknad av läkarbesök under de senaste 12 månaderna: 8 av 30 journaler
- Avsaknad av fast vårdkontakt 4 av 30 journaler
- Missades metabola kontroller 1 av 3 journaler.

Resultatet har skickats till SKL, där det, tillsammans med de andra landstingens resultat analyserades och de olika markörerna modifierades.

## Vårdrelaterade infektion, basala hygien- och klädregler och trycksår

Psykiatrin deltar i de landstingsgemensamma prevalensmätningar inom områdena basala hygienrutiner och klädregler, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Under 2014 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 och avdelningscheferna att stötta hygienombuden.

## Säker läkemedelshantering

Under 2014 har säker läkemedelshantering varit ett av fokusområdena. Under 2013 och 2014 implementerades rutiner om utskrivningsmeddelande (där psykiatrienheterna har uppnått 90%-ig följsamhet), dokumentation i läkemedelsberättelsen, genomförande av läkemedelsgenomgångar och fördjupade läkemedelsgenomgångar. En genomgång av 40 journaler i slutenvården visade att läkemedelsberättelser fanns dokumenterade i 32 av 40 journaler (80%), men att antalet läkemedelsgenomgångar (enkla och fördjupade) fortfarande förekommer sällan (4 av 40 journaler motsvarar 10%).

## Lärdomar

### *Suicidprevention*

De interna utredningar, som har genomförts enl. patientsäkerhetslagen (Lex Maria) noterar upprepade gånger följande lärdomar. Verksamheten måste

- mer konsekvent genomföra strukturerade suicidriskbedömningar t.ex. enligt socialstyrelsens rekommendationer framför allt när patientens status förändras och inför vårdförändringar (t.ex. permissioner, utskrivning från slutenvård, övergång från en vårdenhet till annan)
- ta mer hänsyn till patientens aktuella och mer långsiktiga psykiska status och mående
- ta mer hänsyn till den aktuella psykiska sjukdomens natur och hur den påverkar suicidrisken
- mer konsekvent ta tillvara anhörigas kunskap om patienten och hans beteende

Sammantaget behövs det mer kunskap i suicidologi hos all personal som arbetar med patienter

### *Vårdövergångar*

Av anmälningar till förtroendenämnden, analys av avvikelser, patientsäkerhetskulturenkäten, analys av markörbaserad journalgenomgång och enskilda klagomål framkommer tydligt, att vårdövergångar är ett område i behov av förbättring. Till stor del är detta ett kommunikationsproblem: skriftlig kommunikation genom patientjournal, remisser, utskrivningsmeddelande, läkemedelslista men också brist på strukturerad muntlig kommunikation.

Även i de fall då det finns rutiner är följsamheten inte den bästa. Detta gäller övergångar inom förvaltningen (t.ex. mellan PAKA och avdelningar, utskrivning från slutenvård till öppenvård) övergångar mellan olika enheter inom landstinget (t.ex. övertagning av patient från somatiska akuten, somatisk avdelning, remisshantering) och överföring av patienter och information mellan olika vårdgivare (från Landstinget Blekinge till olika kommunala verksamheter, mellan olika landsting, mellan landstinget och behandlingshem). Övergångarna försvåras till en del av olika sekretessmurar. Det finns verktyg för att förbättra vårdövergångarna:

- Att hålla läkemedelslistan aktuell och korrekt
- Utskrivningsmeddelanden
- När flera olika vårdgivare ska samverka: strukturerad individuell planering (SIP)
- Kommunikationsverktyget SBAR
- Samverka med anhöriga
- Följsamhet till existerande rutiner

### *Säker läkemedelsbehandling och -hantering*

Händelsanalyser som inte ledde till anmälningar enligt patientsäkerhetslagen (Lex Maria) var alla relaterade till läkemedel: att en patient fick fel läkemedel, att fel patient erbjuds läkemedel, att en patient förskrevs olämpligt läkemedel pga. missbruk, att ett nyfött barn fick olämpligt läkemedel i sig vid amning, att gravid patient behandlades med olämpliga läkemedel. Även om dessa ärenden inte orsakade vårdskador respektive att vårdskadorna var begränsade, är risken för vårdskador stor. Att läkemedelsbehandling är ett område i behov av förbättring ses även på analys av avvikelser, och fastslås av riskanalysen "Läkemedelsbehandling i psykiatri". Det är flera olika aspekter som utgör en risk, bland annat:

- Brist på kunskap om läkemedelsinteraktioner
- Brist på kunskap om hur utsatta grupper (unga vuxna, ammande, gravida, äldre) reagerar på läkemedel
- Brist på information till patienter (och i förekommande fall anhöriga) om biverkningar
- Otillräckligt beslutsstöd i vårdinformationssystemet
- Ofullständig eller inkorrekt läkemedelslista
- Lätt att göra fel i samband med ordination, förskrivning, recept till dosapotek, mm

I riskanalysen har dessa och andra risker analyserats. Det föreligger också åtgärdsförslag. Dessa åtgärdsförslag har studerats av en åtgärdsgrupp och bearbetats till ett förslag till åtgärdsplan.

### *Avvikelsehantering*

Realistiskt sett kan förvaltningen inte förändra avvikelsehanteringsystemet på kort eller medellång sikt, även om avvikelssystemet har stora svagheter. Dock kan förvaltningen genom utbildning av och diskussion mellan avvikellesamordnarna, chefläkare, patientsäkerhetssamordnare och verksamhetens chefer förbättra avvikelserapporteringen på ett betydande sätt:

- Alla avvikelser ska klassificeras med riskområde, kategori och underkategori i syfte att minska antalet otillräckligt kategoriserade ärenden
- Varje år kommer verksamhetens chefer, avvikellesamordnare, chefläkare överens om ett eller två områden som ska följas särskilt. För år 2015 är detta vårdövergångar och läkemedelsproblem. Avvikelser inom dessa områden ska då beskrivas mer noga i en tillgänglig textruta och skickas till chefläkare för bedömning.
- Alla avvikelser, där vårdskada eller allvarlig vårdskada kan misstänkas skickas till chefläkare för bedömning.

### *Återkoppling av beslut från Inspektion för vård och omsorg (IVO), avvikelseanalyser, information från förtroendenämnden*

Vid flera möten med förvaltningens ledningsgrupp, med läkargruppen, i samband med återkoppling av beslut från IVO har det framkommit att medarbetarna inte får tillräcklig med återkoppling av dessa beslut och analyser. Intresset för återkoppling är stort. Hittills har dock inget tillräckligt effektivt sätt att föra den genererade kunskapen ner i organisationen kommit på plats. Det är också tydligt, att patientsäkerhet inte har en given plats på alla förvaltningens APT, att det inte finns systematiskt planerade riskronder eller riskgenomgångar beträffande vårdskador och att kunskapen om hur man förebygger vårdskador är ojämnt fördelat inom olika personalgrupper och olika enheter.

### **Åtgärder**

Det föreligger en på patientsäkerhetsenkäten baserad handlingsplan (bilaga), som berör följande förbättringsområden:

- Benägenhet att rapportera avvikelser
- Överlämning och överföring av patienter och information
- Samarbete mellan vårdenheter.

Chefläkare och patientsäkerhetssamordnare har träffat ungefär hälften av alla avvikellesamordnarna för diskussion enligt ovan. Ytterligare möten planeras under senvåren och hösten 2015.

Det finns ett förslag för handlingsplan baserat på Riskanalysen "Läkemedelsbehandling i psykiatri" Detta förslag kommer att behandlas i ledningsgruppen under våren 2015.

Det pågår ett planeringsarbete för att genomföra en utbildning i suicidologi under hösten 2015 eller senast under våren 2016. Denna utbildning grundas på en web-baserad kurs i flera moduler (finns i Region Skåne), gruppsamtal och en fortlöpande certifiering av all personals kunskap.

Chefläkaren planerar att besöka varje verksamhet minst två gånger per år och att genomföra patientsäkerhetsdialoger med varje verksamhet var tredje termin.

Bilaga: Handlingsplan