

# Patientsäkerhetsberättelse år 2015 för Psykiatri och Habilitering

---

Antagen i förvaltningen Psykiatri & Habiliterings ledningsgrupp: 2016-03-14  
Ansvarig för innehållet:  
2016-03-08 Chefläkare Peter Valverius

## Innehåll

Mål och strategi för patientsäkerhetsarbetet .....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete .....	3
Ledningssystem för patientsäkerhet .....	4
Patientsäkerhetskultur .....	4
Vårdskador och allvarliga vårdskador .....	5
Anmälningar till förtroendenämnden .....	5
Avvikelse .....	6
Risk- och händelseanalyser .....	8
Patientsäkerhetskultur .....	8
Markörbaserad journalgranskning .....	8
Vårdrelaterad infektioner, basalhygienrutiner och klädregler, trycksår .....	8
Säker läkemedelshantering .....	8
Patientsäkerhetsdialoger .....	9
Överbeläggningar .....	9
Pågående arbete.....	9

### Bilagor

## 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, läkemedelssektionen, 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.

### Hantering av vårdskador

Alla vårdskador registreras som avvikelser och markeras i avvikelsen 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.

### 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.

### 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.

### Avvikelsehantering

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

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 cheföverläkargruppen 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 2014 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. Denna åtgärdsplan gäller t.o.m. 2016-12-31 och ska utvärderas under första kvartalet 2017.

### 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 och allvarliga vårdskador

### Utredningar och anmälningar av vårdskador och allvarliga vårdskador

Under 2015 genomfördes 10 interna utredningar inom förvaltningen (år 2014: 15).

Sex av dessa utredningar resulterade i anmälningar enligt Lex Maria (år 2014: sju). 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 två fall väntar förvaltningen på beslut. I de fyra inkomna besluten innebär att interna utredningen och de vidtagna resp. planerade åtgärderna var tillfyllest.

De övriga fyra ärenden rörde två patienter med bristande läkemedelssäkerhet och två ärenden då misstänkt suicid efter rättsmedicinsk utredning inte visade sig vara suicid.

### Anmälningar om fel i vården

Under 2015 inkom fyra anmälningar om fel i vården (år 2014: sju). Dessa klagomål rörde diagnos, behandling, bemötande och felaktigheter i patientjournal. I ett av dessa klagomål har beslut från IVO inkommit, de övriga tre är under behandling på IVO. Beslutet innebar ingen kritik

## Anmälningar till Patientnämnden

Under 2015 inkom 44 (2014: 32) klagomål till förtroendenämnden.

	Kategori	Antal 2015	Antal 2014
<b>Vård och behandling</b>	Undersökning/utredning	5	5
	Diagnos	2	1
	Behandling	11	6
	Läkemedel	6	6
<b>Kommunikation</b>	Bemötande	7	2
	Ej lyssnad till	1	1
	Dialog/delaktighet anhöriga	2	1
<b>Patientjournal och sekretess</b>	Bruten sekretess	1	3
	Patientjournal	1	2
<b>Organisation och tillgänglighet</b>	Lång väntan	2	1
	Tillgänglighet	1	0
	Valfrihet	0	1
<b>Vårdansvar</b>	Fast vårdkontakt	2	0
	Vårdplanering	1	0
<b>Administrativ hantering</b>	Brister vid hantering av remisser mm	1	0*
	Övrig administrativ hantering	1	1

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

Vid genomläsning av sammanfattningarna av de enskilda ärendena framkommer, att klagomål på vård och behandling dominerar: bland de 11 klagomål på "behandling" noteras missnöje med läkemedelsbehandling (fel läkemedel, bristande uppföljning, nekad läkemedel) men också för snabb utskrivning (tre ärenden) och inte tillräckligt snabb inskrivning.

Beträffande bemötande dominerar patienternas klagomål att "de inte blir lyssnade på" och

att "bemötandet är dåligt". Detta senare noteras i fem ärenden direkt, men skiner igenom även i ärenden som kategoriseras på annat sätt.

## Avvikelser

Avvikelsena 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. Noteras bör, att IT-stödet för avvikelser startade i december 2012 och användningen kom igång på bred front under 2013.

Under 2015 registrerades 296 avvikelser (2014: 222, 2013: 172). Detta är en ökning med ca. 33 % jämfört med 2014, som i sin tur ökade med 30% jämfört med 2013.

I dessa avvikelser var 219 patienter (2014: 137) inblandade, 30 av avvikelserrapporterna uppkom på initiativ av närstående (2014: 13) och 44 av avvikelserna uppkom som klagomål från patienterna (2014: 22). Detta kan jämföras med de 44 anmälningar till förtroendekommittén; där dock ett par patienter anmälde klagomål flera gånger. Ökningen av avvikelserna kan till stor del förklaras av att rapportering av avvikelser har uppmuntrats av cheferna, att personalen blivit mer vana vid avvikelserrapportering och att patienterna informerats mer om möjligheten att klaga direkt till personal eller avdelningschef. Detta är helt i linje med Handlingsplanen för bättre patientsäkerhetskultur, där ett av målen är att förbättra "Benägenheten att rapportera händelser". Observeras bör, att IT-stödet för avvikelshantering infördes i slutet av 2012 och började användas 2013.

Avvikelsena berörde 188 personal. Av dessa var 65 läkare, 60 sjuksköterskor, 37 skötare, 10 administrativ personal, 30 paramedicinare och 4 annan personal.

År 2015 var den genomsnittliga handläggningstiden 69 dagar, att jämföra med 2014: 93 dagar och 2013: 166 dagar.

År 2015 gällde 161 av avvikelserna riskområde vård (2014: 186 avvikelser). Av dessa avvikelser klassades 8 som vårdskador (2014: 4) och tre av dessa skickades till chefläkare för bedömning. Detta bör ses i relation till sex ärenden som anmälde enligt Lex Maria och de åtta övriga ärenden som utreddes.

Allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning gällande 2015-års avvikelser i riskområdet "vård" ses i nedan tabell. Siffrorna i parentes gäller avvikelser år 2014:

	Allvarlighet	Mindre	Måttlig	Betydande	Katastrofal	Antal
Sannolikhet	Poäng	1	2	3	4	
Mycket liten	1	5 (9)	2 (2)	3 (6)	4 (0)	14 (17)
Liten	2	19 (25)	26 (36)	38 (36)	6 (5)	89 (102)
Stor	3	3 (1)	12 (10)	36 (50)	0 (3)	51 (64)
Mycket stor	4	0 (0)	0 (0)	2 (2)	4 (1)	6 (3)
Antal		27 (35)	40 (48)	79 (94)	14 (9)	160 (186)

Observera, att en av avvikelserna inte har klassificerats till allvarlighetsgrad och sannolikhet.

Avvikelser för år 2015 låter sig kategoriseras enligt följande tabell. Siffrorna i parantes gäller avvikelser år 2014.

Kategori	Underkategori	Antal röda	Antal gulröda	Antal gula	Antal (alla)
Administrativ rutin	Patientidentifiering		2 (2)		2 (2)
	Policy/riktlinjer	14 (13)	21 (13)	12 (24)	47 (50)
Medicinsk behandling	Behandling	4 (3)	4 (5)	1 (0)	9 (8)
	Diagnostik	1 (2)	1 (1)	1 (1)	3 (6)
	Läkemedel	2 (8)	10 (6)	6 (10)	19* (24)
	Komplikation	1 (1)	0 (1)		1 (2)
Patientdokumentation	Patientjournal	4 (10)	17 (7)	4 (5)	25 (26)
	Sekretesshantering	0 (0)	3 (0)	0 (0)	3 (0)
Omvårdnad	Bemötande	2 (1)	1 (1)	3 (2)	6 (4)
	Samverkan	3 (2)	4 (2)	0 (6)	7 (10)
	Kommunikation	3 (0)	5 (0)	3 (1)	11 (1)
	Hot & våld mot patient		0 (2)		0 (2)
	Hud & vävnad		0 (1)		0 (1)
	Övervakning	2 (0)	1 (1)	1 (0)	4 (1)
	Provtagning		1 (0)	1 (3)	2 (3)
	Ej angivet	0 (1)	1 (5)	0 (1)	1 (7)
Hjälpmedel	Ej angivet	1 (2)		0 (3)	1 (5)
Medicinskteknisk utr.	Apparatur	1 (0)			1 (0)
Ej angivet	Ej angivet				21 (19)
Summa		37 (56)	71 (51)	32 (79)	161 (186)

\*En avvikelse är inte klassificerad till allvarlighetsgrad och sannolikhet.

Under år 2015 har antalet avvikelser för riskområdet "Vård" minskat jämfört med år 2014. Antalet avvikelser med allvarlighetsgrad "katastrofal" har minskat jämför med år 2014. I januari 2015 bestämdes att samverkan och läkemedelsproblem skulle bli fokusområden för förbättring. Personalen uppmanades att särskilt rapportera avvikelser i dessa områden.

Att antalet avvikelser i just dessa två områden minskat trots den ökade uppmärksamheten kan ses som en liten höjning av vårdkvalitén.

Av analys av avvikelserna i januari 2015 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 under 2016 och 2017.

Ett annat område som man närmare bör analysera är det kraftigt ökande antalet avvikelserna i kategori "omvårdnad" och underkategori "kommunikation".

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 13% 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 2015 genomfördes, i samverkan med Blekingesjukhuset, en händelseanalys. Det gällde en psykisk sjuk patient, som inkommed (som det visade sig senare) en stroke och där denna tolkades som en försämring av det psykiska tillståndet. Diagnosen fastställdes under pågående vård på en psykiatrisk avdelning. Ärendet är anmält enl. Lex Maria. Ett beslut från IVO föreligger dock inte än. Vidare genomfördes en riskanalys gällande den fysiska miljön på Beroendemottagningen. Åtgärder planeras och kommer att vidtas under 2016 och 2017.

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 2016 omarbetas till en konkret åtgärdsplan.

## Patientsäkerhetskultur

Under 2014 genomfördes en risktäckande patientsäkerhetskulturenkät. Denna enkät analyserades, styrkor och förbättringsområden identifierades och en handlingsplan i syfte att förbättra patientsäkerhetskulturen fastställdes. Denna planering genomförs nu och planen ska utvärderas i början av 2017.

## Markörbaserad journalgranskning

Under 2015 beslutades att förvaltning skulle börja med strukturerad markörbaserad journalgranskning under år 2016. Journalgranskare rekryterades och blev utbildade. Målet är att under 2016 granska ca. 100 journaler för vuxenpsykiatri och BUP.

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

Psykiatri deltar i de landstingsgemensamma prevalensmätningar inom områdena basala hygienrutiner och klädregler, vårdrelaterade infektioner och trycksår. Under 2015 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.

## Säker läkemedelshantering

Under 2015 fortsatte planeringen utgående från den 2013 genomförda riskanalysen "Läkemedelsbehandling i psykiatri". Under 2016 ska utbildningsinsatserna starta, SBAR implementeras och ett antal rutiner ses över, skrivs och implementeras.

Under 2015 påbörjades en undersökning av uppföljningen av de metabola biverkningarna vid medicinering med antipsykos-läkemedel. Ur en grupp på 1015 patienter valdes 125 patienter för en noggrann journalgenomgång enligt a priori fastställda kriterier. Analysen av dessa data är inte klar än.



Resultaten ska presenteras under tidiga hösten 2016. Resultaten ska användas för att förebygga uppkomsten av metabola biverkningar orsakade av antipsykos-läkemedel.

## Patientsäkerhetsdialoger

Under hösten 2015 genomfördes patientsäkerhetsdialoger med Vuxenpsykiatri Väst, BUP, Habiliteringen, Vuxenpsykiatri Öst och Läns gemensam Psykiatri. Ämnen som diskuterades var basenhetens styrning och planering av patientsäkerhetsarbetet, patientsäkerhetskultur, journalgranskning, avvikelser och vårdskador, samverkan med förtroendenämnd, klagomål på vården och Lex Maria-ärenden, överlämningar och överföringar av patienter och information, risker, riskhantering och riskförebyggande arbete. Under våren 2016 ska en patientsäkerhetsdialog hållas med staben och därefter ska en rapport sammanställas.

## Överbeläggningar

Under perioden augusti – december 2015 var bristen på vårdplatser ett problem under ett antal veckor. Förvaltningen arbetade med dessa överbeläggningssituationer genom att verksamhetschefer, avdelningschefer 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 rådgivningsteam. Vid uppföljning via chefläkaren har det till dags dato inte framkommit att någon patient kommit till skada.

## Pågående och planerat arbete:

### Säker läkemedelsbehandling

- Planering av utbildning i psykofarmakologi, dokumentation av läkemedelsbehandling, uppföljning av läkemedelsbehandling, mm.
- 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 – 2015 påbörjades 2015 och pågår. Syftet att utreda, vilka åtgärder som kan förebygga framtida suicid hos förvaltningens patienter.
- Utbildning i suicidologi planeras att starta för all personal i förvaltningen under 2016.

Ansvarig: Chefläkare

### Marköbaserad journalgranskning

Den markörbaserade journalgranskningen i syfte att hitta och förebygga vårdskador kommer att starta i mars 2016. Målet är att granska ca. 100 journaler under 2016. Personal är utsedda och till största delen utbildade.

Ansvarig: Chefläkare

### Avvikelsehantering

En uppföljande analys av 2015 års avvikelser i riskområde ”vård” kommer att genomföras av förvaltningens avvikelse- och patientsäkerhetsgrupp under våren 2016. Samma kriterier som vid analysen av år 2014 års avvikelser kommer att användas. 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 belysas under år 2016.