

# Patientsäkerhetsberättelse år 2016 för Psykiatri och Habilitering

---

Antagen i förvaltningen Psykiatri & Habiliterings ledningsgrupp: 2017-04-xx  
Ansvarig för innehållet:  
2016-04-19 Chefläkare Peter Valverius

## Innehåll

Innehållsförteckning .....	2
Mål och strategi för patientsäkerhetsarbetet .....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbete .....	3
Ledningssystem för patientsäkerhet .....	4
Vårdskador och allvarliga vårdskador .....	5
Anmälningar till patientnämnden .....	6
Avvikelse .....	7
Risk- och händelseanalyser .....	9
Patientsäkerhetskultur .....	9
Markörbaserad journalgranskning .....	9
Vårdrelaterad infektioner, basalhygienrutiner och klädregler, trycksår .....	10
Säker läkemedelshantering .....	10
Patientsäkerhetsdialoger .....	10
Överbeläggningar .....	11
Tvångsvård .....	11
Pågående arbete.....	12

### Bilagor

1. Ledningssystem Patientsäkerhet för Psykiatri & Habilitering
2. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

## 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 avvikelssamordnare 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 1). 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 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 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 2016 genomfördes 15 interna utredningar inom förvaltningen.

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

Interna utredningar och anmälningar enl. Lex Maria	Antal 2016	Antal 2015	Antal 2014	Antal 2013
Interna utredningar	15	10	15	10
Anmälningar enl. Lex maria	13	6	7	10
Lex Maria pga. självmord	13	6	7	8
Inkomna beslut från IVO	11	6	7	10

I de 11 inkomna besluten bedömde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att de interna utredningar och de vidtagna resp. planerade åtgärderna vara tillfyllest.

De övriga två utredda ärenden rörde patienter med misstänkt suicid som efter rättsmedicinsk utredning inte visade sig vara suicid.

Den kraftiga ökningen av självmord inom 30 dagar efter senaste kontakten har hittills inte kunnat förklaras. Ett noggrant analysarbete pågår inom läkargruppen: 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.

## Anmälningar om fel i vården

Under 2016 inkom fyra anmälningar om fel i vården.

Klagomål på vården	Antal 2016	Antal 2015	Antal 2014	Antal 2013
Inkomna klagomål	4	4	7	8
Inkomna beslut från IVO	3	3	7	8
Beslut med kritik	1	1	1	2
Avslutas utan utredning från IVO	?	?	2	0

Klagomålen 2016 rörde utebliven vård, tvångsvård, biverkan av läkemedel och felaktigheter i patientjournal. I tre av dessa klagomål har beslut från IVO inkommit, ett ärende är under behandling på IVO. Besluten innebar i två av ärenden ingen kritik och i ett ärende kritik mot bristande uppföljning av läkemedelsbehandling.

## Anmälningar till Patientnämnden

Under 2016 inkom 39 klagomål till förtroendenämnden. 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 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 sju ärenden direkt, men skiner igenom även i ärenden som kategoriseras på annat sätt.

Klagomål till patientnämnden: klassificering och antal

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

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

## Avvikelser

Avvikelserna genomlysas med Qlikview, vilket ger en begränsad förmåga till analys eftersom avvikelserna endast kategoriseras till riskområde, kategori och underkategori. Detta betyder, att orsakerna till avvikelsen inte kan analyseras närmare då avvikelsen i sig inte är tillgänglig. Noteras bör, att IT-stödet för avvikelser startade i december 2012 och användningen kom igång på bred front under 2013.

Sammanställning av avvikelser för åren 2016, 2015 och 2014.

Avvikelser	Antal 2016	Antal 2015	Antal 2014
<b>Totalt antal</b>	<b>260</b>	<b>296</b>	<b>222</b>
Initierade av patienter	32	44	22
Initierade av närstående	24	30	13
Initierade av personal	204	222	187
<b>Berörda patienter</b>	<b>203</b>	<b>219</b>	<b>137</b>
<b>Berörd personal, därav</b>	<b>162</b>	<b>188</b>	<b>105</b>
Läkare	40	65	31
Sjuksköterskor	37	60	21
skötare	42	37	28
Administrativ personal	14	10	12
Annan personal	29	34	10

År 2016 var den genomsnittliga handläggningstiden 161 dagar, att jämföra med 2015 (329 dagar,) 2014 (614 dagar). Observera, att antalet fortfarande pågående ärenden är 89 (171 avslutade); för år 2015 är antalet pågående ärenden 89 (208 avslutade) och för åren 2014 är alla fall utom ett avslutade. Detta betyder, att den genomsnittliga tiden för handläggning inte kan bedömmas förrän efter 2 år.

År 2016 gällde 194 av avvikelserna riskområde vård (föregående år: var god se nedan). Av dessa avvikelser klassades 11 som vårdskador (2015: 8; 2014: 4) och alla elva skickades till chefläkare för bedömning. Detta bör ses i relation till de 13 ärenden som anmäldes enligt Lex Maria och de två övriga ärenden som utreddes. Dessa 13 ärenden är kategoriserade som "katastrofala" med "liten sannolikhet" för upprepning. Var god se bilaga för bedömning av händelser och risker.

Allvarlighetsgraden och sannolikheten för upprepning gällande avvikelser för åren 2016, 2015 och 2014 i riskområdet "vård" ses i nedan tabell. Enstaka avvikelser varje år är inte klassificerade till allvarlighetsgrad och sannolikhet.

Allvar- lighet	Mindre			Måttlig			Betydande			Katastrofal			Antal		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Sannolik- het															
Mycket liten	9	5	9	4	2	2	3	3	6	3	4	0	19	14	17
Liten	21	19	25	45	26	36	46	38	36	17	6	5	129	89	102
Stor	3	3	1	8	12	10	28	36	50	3	0	3	42	51	64
Mycket stor	0	0	0	1	0	0	0	2	2	2	4	1	3	6	3
Antal	33	27	35	58	40	48	77	79	94	25	14	9	193	160	186

Antal avvikelser i röd, gulröd och gul kategori:

	2016	2015	2014
Röda	33	42	56
Gulröda	72	56	51
Gula	88	62	79
Summa	193	160	186

Under år 2016 har antalet avvikelser för riskområdet "Vård" ökat jämfört med tidigare år. Antalet avvikelser med allvarlighetsgrad "katastrofal" har ökat under 2016 jämfört med tidigare år. Detta beror till största delen på att antalet Lex Maria-anmälda självmord har ökat under 2016 (se ovan: "Vårdskador och allvarliga vårdskador").

Antalet avvikelser med "röd" kategori (allvarlighetsgrad katastrofal/betydande med mycket stor/stor sannolikhet för upprepning) har minskat jämfört med åren 2015 och 2014.

I januari 2015 bestämdes att samverkan och läkemedelsproblem skulle bli fokusområden för förbättring. Personalen uppmanades att särskilt rapportera avvikelser i dessa områden, vilket noteras särskilt när det gäller "samverkan".

Att läkemedelsproblem minskat kan sannolikt tillskrivas att verksamheten har fått en klinisk farmaceut som stöd och att detta stöd uppmärksammat 177 läkemedelsrelaterade problem (se nedan). 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 även fortsättningsvis.

Avvikelser för år 2014 – 2016: kategori och antal. Observera: ett antal avvikelser varje år är inte klassificerade till allvarlighetsgrad, sannolikhet kategori och underkategori. Därför stämmer inte summorna helt överens.

Kategori	Underkategori	Antal röda			Antal gulröda			Antal gula			Antal (alla)		
		2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Administrativ rutin	Patientidentifiering	1	0	0	3	2	2	2	0	0	6	2	2
	Policy/riktlinjer	8	14	13	18	21	13	26	12	24	52	47	50
Medicinsk behandling	Behandling	8	4	3	18	4	5	8	1	0	33	9	8
	Diagnostik	0	1	2	4	1	1	0	1	1	4	3	6
	Läkemedel	3	2	8	3	10	6	10	6	10	16	19	24
	Komplikation	1	1	1	1	0	1	1	0	0	3	1	2
Patientdokumentation	Patientjournal	1	4	10	4	17	7	9	4	5	14	25	26
	Sekretesshantering	0	0	0	0	3	0	2	0	0	2	3	0
Omvårdnad	Bemötande	0	2	2	1	1	1	1	3	2	2	6	4
	Samverkan	0	3	2	6	4	2	10	0	6	16	7	10
	Kommunikation	1	3	0	2	5	0	2	3	1	5	11	1
	Hot & våld mot patient						2			0	0	0	2
	Hud & vävnad						1			0	0	0	1
	Övervakning	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	4	1
	Provtagning	1	0	0	1	1	0	1	1	3	3	2	3
	Fall	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	0
	Ej angivet	0	0	0	0	1	5	0	0	1	0	1	7
Hjälpmedel	Ej angivet	0	1	2	1	0	0	3	0	3	5	1	5
Medicinskt teknisk utr.	Apparatur	0	1	0	1	0		2	0		3	1	0
Kategori resp. underkategori saknas											26	1	10
Summa		24	38	56	65	71	51	78	32	79	193	160	186

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 2016 genomfördes inga händelseanalyser. Detta beror på att händelseanalysteamet bl.a. på grund av pensionsavgångar och omorganisation inte kunde arbeta.

Förvaltningen genomförde en förvaltningsövergripande riskanalys inför att alla patienter skulle kunna få tillgång till sin patientjournal via internet: "Journalen via nätet". Baserat på denna riskanalys beslutades bl.a. att slutenvårdsjournalen inom psykiatrin inte skulle göras tillgänglig omedelbart.

Länsgemensam psykiatri genomförde riskanalysen "Riskanalys ur ett säkerhetsperspektiv av Beroendeenhetens vårdavdelning i Karlskrona". Åtgärdsförslagen innebär bl.a. att beroendeenheten bör få verksamhetsanpassade lokaler på ett annat våningsplan, att personalen ska utbildas i hantering av hot och våld, att handlingsplaner vid hot och våld, telefonhot ska implementeras, och att olika smärre åtgärder, som ska minska risken för olika säkerhetsproblem, ska genomföras. Detta arbete pågår.

Den 2013 genomförda riskanalysen "Läkemedelsbehandling i psykiatrin" har uppmärksammat ett antal riskfaktorer. Under hösten 2016 träffades en liten grupp (specialistläkare, klinisk farmaceut och verksamhetsutvecklare) för planering av bl.a. utbildningsinsatser. Detta förslag ska under 2017 implementeras.

## Patientsäkerhetskultur

Under 2014 genomfördes en rikstäckande 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 var att under 2016 granska ca. 100 journaler för vuxenpsykiatrin och BUP. Totalt granskades 60 journaler (data)

## 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 2015 och 2016 har det inte förekommit vårdrelaterade infektioner eller trycksår vid de mätningar som genomfördes. Detta kan förklaras av att vården på psykiatriska slutenvårdsavdelningar är i sin karaktär annorlunda jämfört med vården på somatiska avdelningar: t.ex. att patienter vistas t.ex. på enkelrum, invasiva ingrepp (infart, injektioner, katetrar, mm) förekommer betydligt mer sällan och kroppsligt sjuka personer vårdas betydligt mer sällan i psykiatrisk slutenvård.

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.

		% följsamhet 2016	% följsamhet 2015	% följsamhet 2014
Avdelning 21	Hygienregler	33	20	40
	Klädregler	100	80	100
Avdelning 28	Hygienregler	40	61	41
	Klädregler	80	57	94
PAKA/PIVA	Hygienregler	9	30	50
	Klädregler	36	50	40
Beroende	Inte tillräckligt många observationer			

## Säker läkemedelshantering

Under 2015 fortsatte planeringen utgående från den 2013/2014 genomförda riskanalysen - "Läkemedelsbehandling i psykiatri". Under 2016 reviderades och implementerades ett antal läkemedelsrelaterade rutiner.

Arbetet med att anpassa och implementera SBAR (ett sätt att strukturerat överföra information om patienter mellan olika enheter) påbörjades. Detta arbete ska vara klart under 2017.

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 å priori fastställda kriterier. Analysen av dessa data visade att endast en bråkdel av läkemedelsuppföljningar genomfördes enligt existerande rutiner. Resultaten ska användas för att förebygga uppkomsten av metabola biverkningar orsakade av antipsykos-läkemedel. Under 2016 deltog en klinisk farmaceut på veckoronderna på en av avdelningarna. Syftet var att uppmärksamma, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem, bl.a. problematiska interaktioner, biverkningar, för hög eller för låg koncentration, olämplig dosering, olämpligt läkemedel, bristande information. Under mars- december 2016 identifierades 188 läkemedelsrelaterade problem hos 77 patienter. Dessutom identifierades också nya eller förändrade ordinationsmönster, vilket togs upp för diskussion.

Uppföljning av förskrivning av läkemedel för ADHD, mot depression, ångest, bipolär sjukdom och psykoser genomfördes under 2016 för Vuxenpsykiatri Öst och Vuxenpsykiatri Väst. Dessa uppföljningar stimulerade till diskussion om förskrivningsmönster, följsamhet till nationella riktlinjer (som i Blekinge är god) och till en diskussion om skillnader i förskrivningsmönster mellan de olika verksamheterna.

## Patientsäkerhetsdialoger

Under hösten 2016 genomfördes inga patientsäkerhetsdialoger inom psykiatrien. Detta beror på att patientsäkerhetsdialoger genomfördes under hösten 2015 och de planeras för våren resp. hösten 2017 (var tredje termin).

## Överbeläggningar

Överbeläggningar och "satellitvård" utgör en högre risk för vårdskador och allvarliga vårdskador. Någon satellitvård har inte förekommit inom förvaltningen eftersom vid överbeläggningssituationer på en avdelning patienterna kunnat flyttas till annan psykiatrisk avdelning. En beläggningsgrad på 85% eller mer betyder att en avdelning har full beläggning eller mer under en stor del av månaden resp. året.

Överbeläggningssituationen för Psykiatrin

Avdelning	2016		2015		2014	
	Beläggningsgrad %	Månader med >85% beläggningsgrad	Beläggningsgrad %	Månader med >85% beläggningsgrad	Beläggningsgrad %	Månader med >85% beläggningsgrad
Avd. 21 (12 pl.)	86,0	5	82,6	4	88,1	7
Avd. 28 (14pl.)	87,7	9	93,4	10	82,4	7
Beroende (8pl.)	81,8	6	80,2	5	86,9	7
PIVA (4 pl.)	71,6	0	77,3	3	72,9	1
PAKA (6 pl.)	66,9	0	66,0	0	61,2	0

PAKA och PIVA arbetar enligt principen att de alltid ska ha en plats ledig för akut sjuka patienter. PIVA har inte varit fullt belagd under 2015 och 2016. PAKA har haft ett 20-tal dagar med full beläggning, varpå de minst vårdkrävande patienterna har flyttats till andra avdelningar.

Avdelning 28 har haft en mycket hög beläggningsgrad under både 2015 och 2016. Vid ett antal tillfällen har patienter från början av sin vårdtid lagts in på eller flyttats till avdelning 21. Denna situation har medfört att förvaltningen beslutat om att inrätta fyra ytterligare vårdplatser. Arbetet med att fördela och inrätta dessa vårdplatser pågår och ska helst vara klart under 2017.

## Tvångsvård

Tvångsvård kan ges enl. LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)) eller enl. LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)). Enligt LPT ska tvångsvården "syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver". Tvångsvård och tvångsåtgärder är en risksituation för patienterna. Varje gång en patient får läkemedel mot sin vilja, fastspänns eller avskiljs, finns det risk att skador uppkommer. Därför är det viktigt att tvångsvården är så kort som möjligt och antalet vård dagar under tvångsvård minskar. Vidare är det viktigt att antalet tvångsåtgärder är så lågt som det går.

Tvångsvård för hela förvaltningen

	2016	2015	2014
Antal vård dagar enl. LPT och LRV	3054	3573	3138
Antal patienter med vård enl. LPT och LRV	207	164	147
Antal registrerade tvångsåtgärder enl. LPT	117* (107)*	148* (128)*	130
Antal reg. tvångsåtgärder enl. LPT på PAKA/PIVA	83* (63)*	121* (101)*	116

\* En patient på PIVA var avskild under längre tid eftersom han var en fara för medpatienter. Eftersom avskiljningen måste registreras var tredje dag stod denna patient för 11 (2015) resp. 20 (2016) tvångsåtgärder

## Pågående och planerat arbete:

### Säker läkemedelsbehandling

- Planering av utbildning i psykofarmakologi, dokumentation av läkemedelsbehandling, uppföljning av läkemedelsbehandling, mm.
- Fortsatt 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.
- Fortsatt deltagande av klinisk farmaceut vid ronder på förvaltningens slutenvårdsavdelningar
- Fortsatta förskrivningsuppföljningar varje år för alla verksamheter inom förvaltningen

Ansvariga: Chefläkare och klinisk farmaceut

### Suicidprevention

- Analys av alla 32 suicid 2013 – 2016 påbörjades 2015 och pågår. Utredningen består av en noggrann journalgranskning, genomgång av intern utredning och beslut från IVO Syftet att utreda, vilka åtgärder som kan förebygga framtida suicid hos förvaltningens patienter.
- Utbildning i suicidologi fortsätter för all personal i förvaltningen under 2017.

Ansvarig: Verksamhetscheferna tillsammans med chefläkare

### Marköbaserad journalgranskning

Den marköbaserade journalgranskningen i syfte att hitta och förebygga vårdskador kommer att fortsätta. Målet är att granska ca. 160 journaler under 2017. Förvaltningen kommer att delta i den av SKL initierade rikstäckande journalgranskningen för psykiatri.

Ansvarig: Chefläkare och journalgranskningsgruppen

### Patientsäkerhetsdialoger

Patientsäkerhetsdialoger kommer att genomföras med alla förvaltningens verksamheter och med staben under hösten 2017.

Ansvarig: Chefläkare och landstingets patientsäkerhetssamordnare

### Avvikelsehantering

En uppföljande analys av 2016 års avvikelser i riskområde ”vård” kommer att genomföras av förvaltningens avvikelse- och patientsäkerhetsgrupp under 2017. Samma kriterier som vid analysen av tidigare års avvikelser kommer att användas. Syftet är att fastställa vilka åtgärder som kan vidtas för att förebygga vårdskador.

Ansvarig: Chefläkare och Avvikelse- och patientsäkerhetsgruppen

### Patients klagomål

Klagomålsutredningen har kommit med sitt slutbetänkande 2015. Utredningen föreslår förändringar av hur klagomålen bör hanteras. Förslagen är rimliga och stärker patientens ställning. Lagstiftningen träder i kraft 2018-01-01. Lagstiftningen innebär förändringar i sjukvårdens arbetssätt. Hur detta ska kunna ske i förvaltningen kommer att planeras under år 2017.

Ansvarig: Förvaltningschef och ledningsgruppen.

## Bilaga 1: Ledningssystem Patientsäkerhet för Psykiatri & Habilitering

### Mål och strategi:

#### 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:

- D. God patientsäkerhetskultur,
- E. Öka patientens delaktighet,
- F. Färre frekventa vårdskador och allvarliga vårdskador.

#### Förvaltning Psykiatri & Habilitering

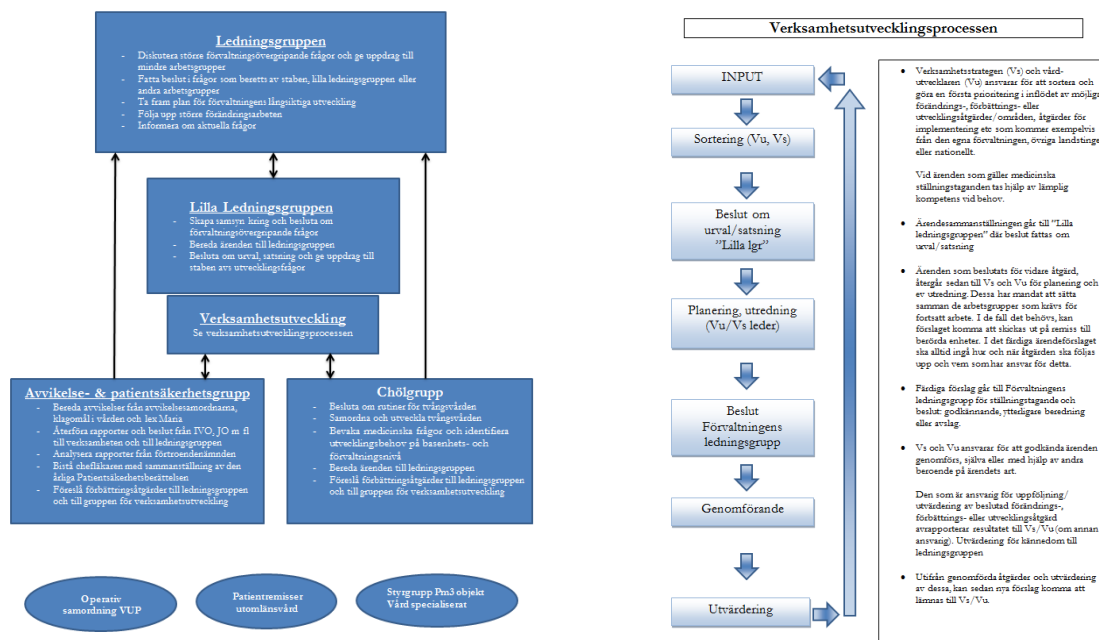
Inriktningsmål: En trygg och säker sjukvård

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

#### Förvaltningens ledningssystem i stort:



**Ansvariga:** Förvaltningschef, verksamhetschefer, avdelningschefer, chefläkare

## Bilaga 2: Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

Allvarlighetsgrad och konsekvens (ur SKLs Handbok Riskanalys och händelseanalys, 2015)

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter <sup>1) 2)</sup> Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter <sup>1)</sup>
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter <sup>2)</sup> Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Sannolikhet för det inträffade (ur SKLs Handbok Riskanalys och händelseanalys, 2015)

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

Riskmatris (ur SKLs Handbok Riskanalys och händelseanalys, 2015)

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1