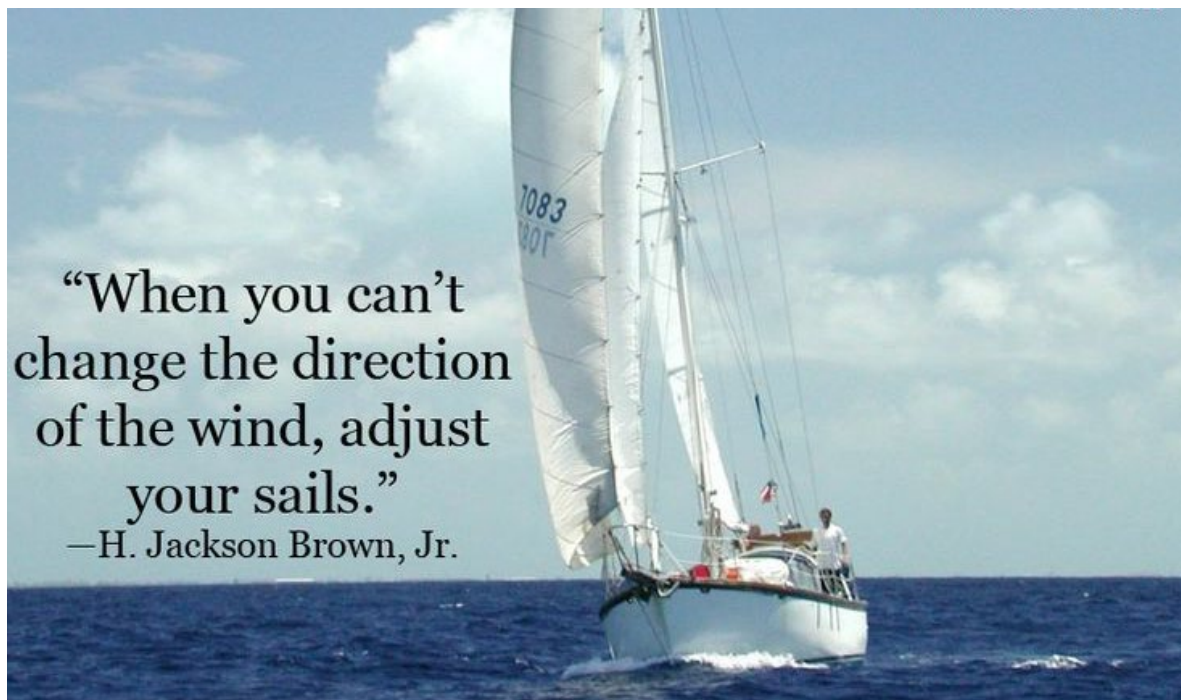


Patientsäkerhetsberättelse

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

År 2020



2021-01-29

Martin Hultén

Chefläkare

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehåll

Sammanfattning 2020	3
Inledning	5
Struktur	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Patienters och närståendes delaktighet	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	11
Lex Maria	12
Internutredda vårdnära suicid	13
Klagomål och synpunkter	13
Egenkontroll	14
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	15
Riskanalys.....	16
Utredning av händelser - vårdskador.....	16
Informationssäkerhet	17
Resultat och analys	19
Egenkontroll	19
Avvikelser.....	22
Klagomål och synpunkter	23
Händelser och vårdskador	24
Riskanalys.....	24
Mål och strategier för kommande år	25
Strategier.....	25
Särskilda utmaningar under kommande år	26

Sammanfattning 2020

Förord

Året 2020 har varit ett mycket annorlunda år under vilket pandemin har påverkat hela samhället i stort och framförallt sjukvården. Vi har såsom inledningscitaten nämner verkligen fått ”justera våra segel” för att kunna hantera den extraordinära situation pandemin har utsatt oss alla för. Nya covid-anpassade rutiner och riktlinjer har i snabb takt tagits fram och förankrats, implementerats i både förvaltning och region. Särskild krisledning har präglat förvaltningens ledning och styrning under större delen av året. En omställning till en stor andel digitaliserade besök och möten har genomförts för att säkerställa fortsatt god tillgänglighet under säkrare former med hänsyn till smittspridningen och restriktioner i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Det är ännu oklart exakt hur och i vilken omfattning pandemin kommer att påverka befolkningens psykiska hälsa men effekter har observerats löpande under året.

Flera av pandemins effekter, såsom isolering och arbetslöshet är kända riskfaktorer för psykisk sjukdomsutveckling. Att genomgå en kris tillsammans i hela samhället kan också vara en skyddsfaktor och skapa en gemenskap i den upplevelsen och kampen. Inom vår förvaltning ser vi nu till exempel en rejäl minskning av vårdnära suicid jämfört med förra året.

Psykiatrisk sjuklighet är dock tillstånd som ofta utvecklas över längre tidsperioder än vad som hittills passerat under pandemin, och beredskapen för att längre fram möta behov hos kända men också nya grupper bör därför vara hög.

Under pandemin har många patienter och närstående i och utanför riskgrupper avbokats och ombokats besök, både på grund av rädsla för smitta och för symptom. Många besök har också ombokats med anledning av medarbetares sjukfrånvaro. Besök för riskgrupper som har gått att skjuta upp har skjutits upp. Effekterna av uppskjutna besök och att man undvikit att söka vård, är svåra att överblicka i dagsläget. Tendenser som noterats är att en del psykiatripatienter från sensommaren sökt vård i ett sämre status.

Patientföreningar betonar att många farit illa av att aktiviteter och sociala sammanhang ställts in, vilket har ökat isolering och känslan av utanförskap. Ovisshet inför framtiden kan skapa oro och ångest hos redan utsatta grupper, inte bara för dem som redan har kontakt med psykiatri. Alla verksamheter har arbetat för att ha telefon och/eller digital kontakt med de patienter som har avbokats besök, för stöd i att prioritera behov och att fånga upp eventuell oro.

Årets patientsäkerhetsarbete har självfallet starkt påverkats av rådande pandemi. Utvecklingen av digitala lösningar har accelererat, arbetssätt och rutiner har förändrats för att kunna fortsätta möta patienters och medarbetares behov av kunskap och stöd i förändrat vårdarbete. Individuella lösningar och anpassningar har varit i fokus. Säkerhet och skyddsutrustning har varit prioriterat.

Täta avstämningar i förvaltningens krisgrupp med tydliga roller enligt stabsmetodik för krisledning har på flera sätt effektiviserat patientsäkerhetsarbetet och fört verksamheter närmare varandra. Erfarenheter som vi kommer att ta med oss i ledningsarbete även post-pandemin framöver.

De utvecklingsområden som bedömts viktigast för att upprätthålla en säker vård har prioriterats i överenskommelse med chefläkare, krisledning och skyddskommitté. Exempelvis har TERMA (Terapeutiskt möte med aggression) upprätthållits med vissa restriktioner runt fysiska övningar, likaså HLR¹-utbildningen. Mot slutet av året då smittrisen dock ansågs för hög har fysiska övningar tillfälligt pausats helt och hållet. Utvärdering av effekterna av dessa anpassningar kommer att göras.

Trots denna utmaning pandemin har inneburit för verksamheten är det ändå intressant och upplyftande att kunna konstatera hur mycket betydelsefullt säkerhetsarbete som ändå genomförts under året och hur centralt patientsäkerhetsarbetet har varit i allt vi genomför.

Allmän sammanfattning

Psykiatri i Skåne bildade under 2019 gemensam förvaltning tillsammans med habiliteringsverksamheterna och under 2020 uppgick även hjälpmedelsverksamheten i nya förvaltningen.

Förvaltningen heter därför sedan ett halvår tillbaka Psykiatri, habilitering och hjälpmedel och har egen nämnd.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs sedan årsskiftet 2016/2017 systematiskt, sammanhållet och strukturerat i en särskild patientsäkerhetsorganisation under chefläkarens ledning med ledningssystem för uppföljning och säkerställande. Habiliteringsverksamheterna och hjälpmedel har sedan sammanslagningen succesivt kopplat sitt patientsäkerhetsarbete till denna organisation, ett arbete som inleddes med genomgång i respektive ledningsgrupper och efterhand deltagande i patientsäkerhetsombudsutbildningen.

2019 bildades en enhet för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling för att ytterligare hålla ihop patientsäkerhetsarbetet och denna enhets arbetsformer har utvecklats under 2020. Under året fick förvaltningen även ett högsta patientsäkerhetsråd för strategisk patientsäkerhetsutveckling och särskild rådgivning till förvaltningsledning.

Patientsäkerhetsombud finns i nästan alla cirka 180 enheter och under höstens årliga ombudsutbildningsdagar utbildades ett 40-tal nya patientsäkerhetsombud.

Därtill finns chefsöverläkarna, medicinsk rådgivare i habiliteringen och patientsäkerhetssamordnarna på verksamhetsnivå samt förvaltningens patientsäkerhetsråd.

Patientsäkerhetssamordnarna på verksamhetsnivå samlar ihop och koordinerar patientsäkerhetsarbetet uppåt och neråt. **Chefsjuksköterskan** i förvaltningsledningen kallar varje månad samordnarna till möte för uppföljning och genomgång.

¹ Hjärt- lungräddning

Sedan 2016 utgör **Gröna Korset** ett centralt verktyg för daglig hantering av händelser/risker/patientsäkerhetsfrågor.

Patientsäkerhetsronder är ett annat återkommande viktigt arbetsverktyg. Tvångsvården följs enligt egen handlingsplan för minskat behov av tvångsvård. Uppföljning sker med chefsöverläkarna vid årligt temamöte samt bevakas särskilt i samband med verksamhetsdialoger, ledningsmöten och IVO-inspektioner.

Vårdplatsfrågan bevakas fortlöpande på samtliga nivåer. Samarbete och koordination sker dagligen enligt regional riktlinje för upprätthållande av en säker och tillgänglig vårdplatssituation.

Suicidpreventivt arbete följer också särskild handlingsplan. Under 2020 har de Lex Maria anmälda suiciden ökat i antal från 2 till 3 men de vårdnära suiciden har totalt dock minskat betydligt.

Samtliga roller/uppdrag i förvaltningens patientsäkerhetsorganisation är väl definierade och möten hålls regelbundet på samtliga nivåer för att följa upp avvikelser, utredningar, IVO-beslut, PPM-mätningar, målarbete, nya riktlinjer/rutiner, analyser och för att informera och utbilda i patientsäkerhet.

Centrala motton är lärande avvikelshantering och riskmedveten beredskap samt systematik i uppföljning och säkerställande.

Gröna korset är ett verktyg som underlättar det dagliga säkerhetsarbetet och bidrar till en stärkt och medveten patientsäkerhetskultur. Med en god organisatorisk grund fungerar Gröna korset som en katalysator för ett levande, synligt och delaktigt patientsäkerhetsarbete. Verksamheten kan då upprätthålla en god beredskap i en föränderlig värld genom att ständigt hantera nya risker. Under året har förvaltningen varit med i framtagandet av digitala Gröna korset och kommer att fullfölja detta nästa år. Digitaliseringen medför bättre tillgänglighet, sammanställande hantering och överblick.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Struktur

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap

Patientsäkerhetsarbetet i förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel syftar ytterst till att förebygga och förhindra vårdskador.

Ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar skada i vården. För att uppnå detta krävs en strategisk systematik i verksamhetens patientsäkerhetsarbete med tydlig målbild och delaktiga medarbetare.

Centrala verktyg för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete och fungerande kvalitativa vårdprocesser är goda kunskaper med fokus på medicinsk kvalitet, tillgänglig evidensbaserad vård och regelbunden uppföljning genom egenkontroll.

Delmål

- God tillgänglighet; nationella vårdgarantin ska uppfyllas och fastställda vårdplatser ska hållas öppna.
- Noll undvikbara vårdnära suicid.
- Minskat behov av tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård.
- Vårdplan ska finnas för alla patienter.
- Säkra övergångar mellan heldygnsvård och öppenvård.
- Ökat brukar- och närståendeinflytande.
- Etisk medvetenhet och etiskt förhållningssätt hos alla medarbetare.
- Följsamhet till lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner.
- Följsamhet till basala hygien- och klädregler.
- Säker läkemedelshantering.
- Evidensbaserad vård och behandling för alla patienter.
- Gott professionellt bemötande och god omvårdnad.

Strategier

- Upprätthålla struktur, prioritet och utbildningsinsatser för patientsäkerhetsorganisationen för ständigt och starkt fokus på regelbundet och systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Stärka användningen av Gröna Korset som under kommande år digitaliseras.
- Suicidpreventiva återbesök inom 7 dagar efter utskrivning från heldygnsvård.
- Fortsätta arbetet med framtagande och implementering av standardiserade vårdprocesser. Vårdprocesserna kommer att förvaltas av FoUU²-enheten och särskild modell för uppföljning av processerna har tagits fram.
- Fortsatt bevakning av avvikelshanteringen och i denna stärka orsaksutredningar och säkerställande av beslutade förbättringsåtgärder.

² Forskning, utveckling och utbildning

-
- Följa och utveckla nya strukturen för arbetet med risk- och händelseanalyser.
 - Arbete i nätverk med samtliga chefsöverläkare och medicinska rådgivare.
 - Följa handlingsplanen för minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder.
 - Utbildningsinsatser för suicidprevention.
 - Markörbaserad journalgranskning enligt särskild nationell plan.
 - Etikråd med ombud på samtliga enheter.
 - Särskilt uppdaterat program för prehospitall psykiatri.
 - Uppdatera läkemedelsplan och följa regionala rutinen för läkemedels hantering.
 - Arbete i inflytanderåd på flera nivåer. Fortsatt arbete med Peer support.
 - Aktivt stödja patientforumarbetet och stimulera samt medverka till fortsatta brukarrevisioner och användning av Återhämtningsguiden.
 - Vidmakthålla och utveckla arbetet med brukarstyrda inläggningar.
 - Stimulera och utveckla behandlingsarbetet med Flexible Assertive Community Treatment (FACT).
 - Säkerställande av IVO-beslut, internutrednings och händelseanalysförslag via verksamhetsdialog.

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt i enlighet med patientsäkerhetslagen. Ansvaret för att driva patientsäkerhetsarbetet är till stora delar överlämnat till förvaltningens chefläkare (underställd förvaltningschefen) och enheten för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling.

Inom denna enhet finns ett centralt patientsäkerhetsråd bestående av chefläkare, enhetschef, chefläkarens administratör, två medicinska rådgivare, chefsjuksköterska samt verksamhetsutvecklare och chefsapotekare.

Chefläkaren är anmälningsansvarig enligt Lex Maria, sitter i förvaltningsledningsgruppen och samarbetar regelbundet med regionens övriga chefläkare.

På verksamhetsnivå har verksamhetschefen det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Verksamheternas chefsöverläkare deltar i ledningsarbetet och har ansvar för att driva patientsäkerhetsfrågor samt har det yttersta lagstadgade ansvaret för den psykiatriska tvångsvården inom sitt definierade verksamhetsområde.

I verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård finns dessutom utsett en säkerhetsansvarig som samarbetar med chefsöverläkare och verksamhetschef i säkerhetsfrågor.

I förvaltningens patientsäkerhetsorganisation ska finnas ombud på varje enhet, särskilda patientsäkerhetssamordnare i varje verksamhetsområde samt ett särskilt patientsäkerhetsråd i förvaltningsledningen.

Inom psykiatri i Skåne har detta implementerats sedan 2016 och när nu förvaltningen inbegriper även habilitering- och hjälpmedelsverksamheterna så har under åren 2019/2020 habilitering och hjälpmedel succesivt kopplat på denna patientsäkerhetsstruktur och kommer att fullfölja det under 2021. Tydliga uppdrag har utformats för ombud och samordnare. Regelbundna möten (4–6 gånger per termin) hålls på varje nivå för genomgång av aktuellt säkerhetsläge då man tittar på exempelvis aktuella avvikelser, risk- och händelseanalyser, IVO-beslut, patientsäkerhetsronder och punktprevalensmätningar (PPM).

Chefsjuksköterskan har ett övergripande ansvar för vårdhygien och omvårdnadsfrågor samt är sammankallande för patientsäkerhetsorganisationens samordnare. Vid det återkommande samordnarmötet på förvaltningsnivå deltar även återkommande verksamhetsutvecklare med särskilt samordningsansvar för förvaltningens risk- och händelseanalyser.

Chefläkaren och förvaltningens medicinska rådgivare har regelbundna träffar med verksamheternas chefsöverläkare, chefläkaren sammankallar. I detta nätverk diskuteras huvudsakligen patientsäkerhetsfrågor, tvångsvårdsfrågor och planering av insatser för att främja patientsäkerheten på ett enhetligt sätt inom förvaltningen. Det planeras att såsom tidigare med regelbundenhet (1–2 gånger per år) sammanföra förvaltningsledning och chefsöverläkargruppen för arbete med strategiska patientsäkerhetsfrågor och särskild uppföljning av tvångsvården.

Chefläkaren deltar regelbundet i det regionala chefläkarmötet där samtliga specialiteter representeras samt sitter med i taktisk regional styrgrupp, styrgruppen för journaldokumentation i Skåne, advisory board för Practicum samt deltar i förvaltningschefens uppföljningsdialog med regiondirektören. Chefläkaren sammankallar även nationellt nätverk av psykiatrichefläkare som arbetar med patientsäkerhetsfrågor övergripande och är medlem av beredningsgruppen för nätverket för Sveriges chefläkare, alla specialiteter.

Läkemedelsarbetet

Kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet är utgångspunkter för läkemedelsbehandling inom förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Patienten ska vara informerad och delaktig i val av behandlingsstrategi. Förvaltningen följer Skånelistans och Terapigrupp Psykiatri rekommendationer samt riktlinjer i förvaltningens vårdprogram, läkemedelsplanen och regionala riktlinjer.

På förvaltningsnivå träffas Läkemedelsgruppen (apotekare, chefapotekare, läkemedelsstrateg/chefsjuksköterska, chefekonom och förvaltnings läkemedelsansvarig läkare (LAL)) en gång i månaden. Gruppen har möte med verksamhets LAL/läkare med ledningsuppdrag läkemedelshantering fem gånger per år. Under 2020 har apotekare gjort läkemedelsgenomgångar tillsammans med 42 olika enheter, vilket är en markant ökning jämfört med 26 enheter under 2019. Antalet tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar ökade med 20 procent jämfört med 2019.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

I förvaltningens verksamheter finns rutiner och avtal upprättade för såväl intern som extern samverkan. Samverkan sker med samtliga 33 kommuner enligt ramavtal och lokala överenskommelser. Tillsammans med koncernen och kommunerna har tagits fram rutiner för nytt IT-stöd under 2018 för samordnade individuella planer (SIP) och samverkan vid utskrivning från heldygnsvård vilket följs upp löpande.

I handlägningsöverenskommelsen mellan primärvård och specialistpsykiatri finns riktlinjer för var patienter med psykiatrisk problematik bäst tas emot för vård och behandling. Reviderad version började gälla från början av 2020.

Kring vårdplatser sker dagligen samverkan och koordination av patienter för optimal användning av psykiatriens nuvarande 441 disponibla vårdplatser.

Särskild regional riktlinje finns för övergripande vårdplatssamarbete för de vuxenpsykiatriska vårdplatserna och ytterligare samarbetsavtal finns även för vårdplatssamarbete gällande häktade och rättspsykiatriska patienter.

Förekomsten av överbeläggningar är fortsatt låg regionalt och minskade något, från 1,8 per 100 vårdplatser till 1,3 per 100 vårdplatser. Under pandemin har vårdplatser tillfälligt fått stänga på grund av smittspridning, men ett generellt lägre söktryck har gjort detta väl hanterbart. Vårdplatsmöte med verksamhetsledning för avstämning i vårdplatssamarbetet sker två gånger per år men ställdes in under hösten relaterat till pandemin och ett gott vårdplatsläge. Psykiatri i Skåne har satt som mål att patienter som skrivs ut från heldygnsvården ska ha en återbesökstid inom sju dagar i handen vid utskrivningen.

Ett prehospitalt psykiatriskt vårdprogram lanserades redan 2011 i samarbete med Region Skånes Prehospitala Enhet (RSPE) och hösten 2020 har ny version nummer sju blivit klar och publiceras under början av 2021.

Psykiatri i Skåne har ett omfattande samarbete med polis, räddningstjänst, ambulanssjukvård, Falcks hembesöksbilar och Trafikverket med mål sätta för att bättre bemöta och hantera personer med psykisk ohälsa, minska tvångsinsatser och reducera risk för skador i vården.

Ett pilotprojekt (psykiatriambulansen) med en särskild psykiatrienhet som är i tjänst mellan klockan 15 till 01 startades i november 2019. Projektet som utgår ifrån Malmö och täcker sydvästra Skåne har i november 2020 fått sitt uppdrag utökat till att, utöver Malmö med kringliggande kommuner, även gälla Lund och kommuner mellan Malmö och Lund.

Projektet pågår i tre år och ska därefter utvärderas. Den särskilt anpassade bilen bemannas med en ambulanssjuksköterska och en psykiatrijuksköterska. Enheten kommer att vara ett komplement till övriga ambulanser inom den prehospitala psykiatrien. Syftet är att förbättra den prehospitala vården för personer med psykiatrisk problematik samt bidra till att öka kompetensen kring psykiatri inom det prehospitala fältet. Projektet har fått ett mycket positivt mottagande av patienter, närstående och andra aktörer.

Samarbete med Statens institutionsstyrelse (SiS), Kommunförbundet Skåne, Polisen och Kriminalvårdens nationella transportenhet (NTE) fortsätter för bättre hantering av patienter som kommer till sjukvården med stöd av Lag om vård av missbrukare (LVM).

Tidigare samarbetsforum mellan psykiatri och habiliteringen stärks nu naturligt genom gemensam förvaltning och projekt för samverkan mellan både vuxenpsykiatri/barnpsykiatri och habiliteringen pågår och är under utveckling.

Chefläkaren samverkar månatligen med sina kollegor inom Region Skåne för att gemensamt minimera patientsäkerhetsrisker och på nationell nivå 3–4 ggr per år.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel har en omfattande samverkan med patienter och närstående. Ökad delaktighet och inflytande för patienterna har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet.

Arbetet med inflytande och delaktighet för patienter och närstående har fortsatt under 2020 men behövt anpassas efter rådande pandemi vilket lett till flera digitala lösningar. De digitala lösningarna har möjliggjort ett fortsatt arbete men har inte varit optimalt ur ett inflytande- och delaktighetsperspektiv där dialoger med stor fördel hålls vid fysiska träffar. Några av de aktiviteter som utförs har på grund av rådande restriktioner i verksamheten försenats och till viss del behövts pausas. Ambitionen är att återgå till samma arbetstakt och frekvens av dessa aktiviteter så fort detta åter är möjligt.

Inflytandestrateg samordnar arbetet på förvaltningsnivå och sammankallar de Skåneövergripande inflytanderåden där föreningsrepresentanter och ledning träffas regelbundet. På verksamhetsnivå finns inflytandesamordnare och på enhetsnivå inom psykiatri finns inflytandeombud.

Förvaltningen har fortsatt enligt avtal samarbete med NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa). Paraplyorganisationen utför kvalitetsutvecklande arbete i verksamheten utifrån sin unika roll.

Samarbetsavtalen innefattar Patientforum, Peer support, Återhämningsguiden samt brukarstyrda brukarrevisioner. Flera av aktiviteterna följs av rapporter som möjliggör underlag för vidare intern kvalitetsutveckling

Fyra enheter för brukarrevision har valts ut av föreningsrepresentanterna i det övergripande inflytanderådet psykiatri och arbetats vidare med under året.

En tredje Återhämningsguide har lanserats, ”För dig som stå nära någon som mår dåligt”. Implementering av samtliga guider pågår, utbildare och implementeringsansvariga finns utsedda i verksamheten.

Antalet Peer supportrar (medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning) har utökats.

Ett gott exempel på delaktighet är brukarstyrda inläggningar som syftar till att åstadkomma en ökad autonomi för personen som söker vård och innebär att patienter får möjlighet att själva bestämma att bli inlagda under kortare perioder. Metoden är tänkt att vara en krishanteringsstrategi som kompletterar behandlingen i öppenvården, där målet är att förebygga försämring av patientens sjukdomstillstånd och att förhindra suicid genom att erbjuda hjälp mycket tidigare i förloppet än vad vården annars gör idag.

Vid patienters behov av insatser från olika huvudmän i sin återhämtning upprättas en samordnad individuell plan (SIP). Patienten bestämmer vilka aktörer och personer som ska ingå i det möte som syftar till planens upprättande.

I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och närstående att delta. Företrädare för patienter och närstående deltar även i lokala inflytanderåd, i etikarbetet, samt i uppföljningsarbetet av e-tjänsten Journalen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Utbildningsinsatser avseende patientsäkerhetslagen genomförs i alla verksamhetsområden, framförallt via patientsäkerhetsorganisationens återkommande årliga utbildningsprogram och mötesstruktur.

Varje medarbetares skyldighet att rapportera avvikelser har särskilt framhållits i patientsäkerhetsombudsutbildningen samt vid förvaltningens återkommande introduktionsutbildning för alla nyanställda. Under pandemin har dock introduktionsutbildningen pausats.

Patientrelaterade avvikelser rapporteras i avvikelssystemet AvIC och målet är att öka rapporteringen vilket under året inte uppnåtts då vi för första gången på flera år sett en liten minskning i rapporter. Det kan högst sannolikt härledas till pandemin, som första halvåret innebar bland annat minskat söktryck med mellan 15–30 %.

I avvikelssystemet är enhetschef ärendansvarig. Avvikelse sammanställs på enhets-, verksamhets- och förvaltningsnivå. Statistik kan enkelt tas ut i systemet Qlickview eller direkt ur AvIC.

Det totala antalet avvikelser i förvaltningen under 2020 var 4058 och var något färre än 2019 då vi hade 4262.

Vanligast förekommande händelseklassificering var procedurer, rutiner och riktlinjer.

En kartläggning av patientsäkerhetsavvikelser från 2015 till 2019, visade på ett utvecklingsbehov av hanteringen av rapporterade avvikelser. Detta behöver vi arbeta vidare med ytterligare då pandemin bromsat det arbetet en del.

Alla patientavvikelser inom förvaltningen granskas av chefsjuksköterska och chefläkare involveras fortlöpande i de allvarigare fallen. Avvikelser läses, bedöms och sorteras upp för uppföljning och dialog med verksamheterna.

Prioriterade områden utifrån patientsäkerhetsperspektivet:

- Psykiatrisk tvångsvård – övriga legala frågor
- Suicidprevention/suicidriskhandläggning
- Kommunikation – dokumentation, samverkan
- Läkemedelshantering
- Samsjuklighet psykiatri/somatisk sjukdom
- Tillgänglighet till utredning och behandling

Vid regelbundna möten med patientsäkerhetssamordnare lyfts avvikelser som uppmärksammas utifrån tendenser, mönster och allvarlighetsgrad. Under 2020 har särskilt avvikelser relaterat till pandemipåverkan hamnat i fokus utöver de prioriterade områdena enligt ovan.

Avvikelser diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar, i patientsäkerhetsgrupper, samordnarmöten och vid Gröna Korset.

Misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för sådan utreds internt och vid behov görs även en händelseanalys som rapporteras till chefläkare för ställningstagande till Lex Maria.



Från 2020-01-01 till och med 2020-12-31 har förvaltningen anmält totalt tretton Lex Maria varav fyra rörde suicid (tre anmälningar med händelsedatum under 2019).

Jämförelsevis gjorde psykiatrin i Skåne under 2018 totalt åtta Lex Maria-anmälningar (händelsedatum 2017 och 2018). Av dessa var tre rörande suicidhändelse. Under 2019 gjordes totalt fem Lex Maria varav två rörande suicider.

Antalet internutredda vårdnära suicid som inte anmälts enligt Lex Maria uppgick vid årsskiftet till 18, en mycket låg siffra jämfört med föregående års 44.

En eftersläpning relaterat till pågående internutredningar över årsskiftet innebär att finala årsstatistiken som sätts i februari kommer att öka antalet något lite men årets antal vårdnära suicid kommer likväl att vara det lägsta på flera år.

En förklaring finns sannolikt att finna i någon form av pandemieffekt och det kan innebära att resultatet tyvärr är av övergående natur.

Lex Maria

Anmälda Lex Maria gällande **suicid** (sorterat på händelsedatum)
till och med 2020-12-31

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VO Malmö/Trelleborg	7	3	1		1	1
VO Lund		1	1			
VO Kristianstad			1	2		
VO Helsingborg		1	3	1		2
VO BUP						
VO RPK					1	
Habiliteringen						
Totalt	7	5	6	3	2	3

Internutredda vårdnära suicid

(Ej anmälda)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VO Malmö/Trelleborg	11	12	7	13	18	6
VO Lund	8	5	5	4	6	3
VO Kristianstad	4	7	10	9	9	4
VO Helsingborg	4	8	6	7	6	3
VO BUP	1	0	2		1	2
VO RPK	1	0			3	
Habiliteringen					(BoU)1	
Totalt	29	32	30	33	44	18

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

Förvaltningens verksamheter tillhandahåller information om patienters och anhörigas möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Denna information finns anslagen på enheterna och på enheternas hemsidor.

Patienter uppmuntras att i första hand vända sig till läkare/behandlare eller enhetschef/verksamhetschef. I andra hand rekommenderar vi kontakt med Patientnämnden och IVO. Under 2020 har direktkontakt med IVO dock bara tagits i särskilda fall.

Klagomålen utreds inom respektive verksamhet. För varje enskilt klagomål görs en bedömning av hur klagomålet ska hanteras, beroende på allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen bedömer om ärendet föranleder en djupare analys, som internutredning eller händelseanalys. En klagomålsutredning kan vara komplex och ha en hög allvarlighetsgrad, vilket föranleder kontakt med chefläkare för ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria.

Klagomål och synpunkter ska enligt rutin alltid registreras i avvikelssystemet oberoende av om de kommer direkt till verksamheten eller via Patientnämnd. Allvarligare patientnämndsärenden går till chefläkaren för kännedom och bedömning/uppföljning.

Ärenden registrerade i avvikelssystemet sammanställs på verksamhetsnivå, men även chefsjuksköterska och chefläkare följer parallellt avvikelserna med särskild avstämning och uppföljning av allvarligare ärenden.

Alla avvikelser orsaksutreds och analyseras med målsättningen att undvika upprepning genom att vidta förebyggande åtgärder.

Patientnämnden rapporterar sina ärenden månatligen till verksamheterna och till chefläkaren.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen Infektionsverktyget Markörbaserad journalgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	Minst 2 gånger/år	PPM-databasen, protokoll
Hygienronder	1 gång per år	Protokoll och dialog med vårdhygien
Patientsäkerhetsdialoger	Flera gånger/år med förvaltningsledning samt vid interna verksamhetsdialoger med medicinsk rådgivare	Protokoll
Avvikelse	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Gröna korset	Dagligen	Protokoll på enhetsnivå
Trycksår	Högst 1 gång vartannat år, nästa mätning 2021	PPM-databasen
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Markörbaserad journalgranskning enligt protokoll	Månatligen	Protokoll, SKR
Patientsäkerhetsrond	1–2 gånger/år	Protokoll

Tvångsvårdsplan/uppföljning	1 gång per år	Protokoll och lokala handlingsplaner
Verksamhetsdialog	Varannan månad	Protokoll
Läkemedelsplan/förskrivning	5 gånger/år	Protokoll från LaL ³ -möten
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Registercentrums databaser samt kvartals- och årsrapporter
Bevakning suicidstatistik internutredning/händelseanalys	Kontinuerligt	AvIC, Staben

Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

I förvaltningens processer för ökad patientsäkerhet står patientsäkerhetsorganisationens uppbyggnad och struktur för den avgörande och betydelsefulla/verksamhetsnära funktionen.

Utbildning av nya ombud och samordnare fortgår löpande i särskilda utbildningsinsatser årligen. Under kommande år ska denna utbildning byggas om till att omfatta en större digital teoretisk del, istället för den nu mer föreläsningsbaserade delen, vilket kommer att göra den samtidigt mer anpassad till pågående pandemi.

Patientsäkerhetsorganisationen kompletterades förrföra året med en särskild enhet för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling i staben. Förvaltningen har under 2020 inrättat ett patientsäkerhetsråd som behandlar övergripande strategiska patientsäkerhetsfrågor samt bereder ärenden inom området för beslut i förvaltningsledning.

Mötesrutiner har vidareutvecklats på flera nivåer i verksamheterna och säkerställandet av förbättringsåtgärder sker regelbundet i bland annat verksamhetsdialog.

Avvikelsehantering prioriteras alltså med fokus på uppföljning, feedback och lärande över verksamhetsgränserna vid samordningsmöten. Förbättringsåtgärder sprids och kommer fler till del.

Utveckling och användning av det dagliga verktyget Gröna korset är prioriterat och kommer att kräva förnyade insatser när den digitala versionen är klar för implementering.

Fler exempel på pågående processer är; Ett arbete med att förbättra riskbedömningar avseende farlighet och skapa rutiner för detta har påbörjats i ett av

³ Läkemedelsansvarig läkare

verksamhetsområdena. Avsikten är att sprida och utveckla modellen till att gälla i hela förvaltningen.

Ett annat verksamhetsområde har tagit fram en särskild modell/organisation för bättre akutsomatiskt omhändertagande. Modellen planerar vi utveckla till att gälla i samtliga verksamhetsområden.

Ett större projekt, med kopplad forskning, pågår regionalt kring ASSIP⁴ och riktar sig till patienter som gjort ett suicidförsök och består av tre sessioner enligt särskild framtagen metod.

Processerna kring färdigställande och implementering av standardiserade vårdprocesser (SVP) är också ett gott exempel på ett genomgripande arbete som syftar till att öka patientsäkerheten. Ett flertal SVP har redan beslutats inom förvaltningen och ytterligare några är under framtagande. Inom barn- och ungdomspsykiatri finns det fjorton färdiga och beslutade vårdprocesser, två har reviderats under året.

Inom vuxenpsykiatri har åtta vårdprocesser beslutats. Ytterligare en är i det närmaste klar. Inom rättspsykiatri finns en rättspsykiatrisk vårdprocess framtagen. Inom vuxenhabiliteringen finns sedan tidigare två standardiserade vårdprocesser. Inom barn- och ungdomshabiliteringen och syn-, hörsel- och dövverksamheten pågår arbete med framtagande av processer. Vårdprocesserna är vägledande och syftar till att alla patienter ska få en likvärdig och säker vård. De fungerar även som stöd till medarbetare i det kliniska arbetet.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Genom Gröna korset uppmärksammas risker dagligen på framförallt enhetsnivå och följs upp i avvikelssystemet AvIC. De hanteras bäst av medarbetare på den enheten som berörts av incidenten och ger samtidigt även en omedelbart lärande effekt. Vid allvarliga riskhändelser eller inför förändringar i verksamheten av övergripande art, görs riskanalyser.

Under 2020 genomfördes 12 riskanalyser vilket är i nivå med 2019 (10) och tyder på ett proaktivt och riskmedvetet patientsäkerhetsarbete. Målsättningen att öka antalet riskanalyser kvarstår framgent.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Händelser och skador utreds och sammanställs kontinuerligt genom avvikelssystemet och dubbelbevakas via förvaltningsledningens AvIC-kontroll.

Allvarligare händelser utreds enligt Socialstyrelsens riktlinje. Händelseanalys görs när fördjupning förväntas ge ökat lärande och bättre åtgärdsförslag.

Under 2020 internutreddes 47 allvarliga händelser (2019 var den siffran 62).

⁴ Attempted Suicide Short Intervention Program, en behandlingsmetod.

Risk- och händelseanalyser 2020

Under 2020 genomfördes 12 riskanalyser och 22 händelseanalyser. (under 2019 gjordes 10 riskanalyser respektive 17 händelseanalyser).

Genomförda riskanalyser är i nivå med föregående år och målet att öka antal riskanalyser kommer att kvarstå.

Flertalet av de riskanalyser som har gjorts är kopplat till förändrat arbetssätt på grund av åtgärder i samband med pandemin.

Trots ett år som präglats av pandemi och en belastad sjukvård har antalet genomförda händelseanalyser ökat något. Områden som varit utmärkande för händelseanalysernas uppdrag är inom bemötande, kommunikation, organisation samt suicid respektive suicidförsök.

För 2021 planeras flertalet insatser för att utveckla handläggningen av inkomna uppdrag på analyser. Inom förvaltningen ska den rutin som finns, utvärderas och revideras. Den ska kompletteras med beskrivning av stöd till nya analysledare och återkoppling av resultat av genomförda analyser i ett lärande syfte. Inom ett av verksamhetsområdena i förvaltningen ska verksamhetschef, cheföverläkare, några läkare samt några enhetschefer genomgå en utbildning av analysmetodik. Utbildningen kommer att ha fokus på hur uppdrag kan formuleras samt vilken roll uppdragsgivaren har efter en genomförd analys. Syftet är att öka kunskapen om analysernas syfte samt vad som förväntas av en verksamhet när en analys är genomförd. Är utfallet positivt, ska denna form kunna erbjudas även till de andra verksamhetsområdena inom förvaltningen.

På regional nivå pågår också ett arbete som siktar mot en ökad samverkan och gemensamt lärande. I det arbetet ingår chefläkare och förvaltningsövergripande analyssamordnare.

Kontroll av att beslutade åtgärder genomförts och får effekt, utförs löpande vid samordningsmöten samt verksamhetsdialoger.

Antalet riskanalyser behöver enligt målbilden öka något ytterligare. Det totala antalet händelseanalyser har ökat bra från 17 till 22.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3 och som är av större betydelse

Inga uppföljningar har gjorts utöver de som normalt sker i det löpande arbetet.

Riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §

Förvaltningen har deltagit i förstudier/riskanalyser gällande råd/stöd/utredning LSS⁵, en extern utbildningsplattform, ett nytt teckentolkssystem, bidragsprocessen DokIT⁶ samt digitala gruppbesök under covid-19.

⁵ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

⁶ Automatiserat dokumentssystem

Vidtagna åtgärder för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4 och som är av större betydelse

Informationssäkerhetsarbetet i förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel sker i samverkan med dataskyddsarbetet och har därför en gemensam organisation. Samordnaren för dataskydd och informationssäkerhet är förvaltningens kontaktpunkt. Ett nätverk finns med utsedda kontaktpersoner för stabsheter och samtliga verksamheter. Nätverket har en central roll i arbetet att nå ut i verksamheterna

Målsättningen är ett strukturerat arbete för att dessa frågor ska bli en integrerad del av förbättringsarbetet samt att stöd ges vid aktuella frågeställningar och genom målgruppsanpassade utbildningar. Utbildning/information har getts vid förvaltningens ledningsmöte, via förvaltningen regelbundna utskick av ledningsinformation, via intranätets nyheter samt till stabsheter och centrala nätverk. Utbildningar har även genomförts till chefer och sekreterare i ett antal av förvaltningens verksamhetsområden. Dessa utbildningar har haft extra fokus på hantering av skyddade personuppgifter som en konsekvens av ett antal inträffade incidenter. Viktiga områden som lyfts under året är bland annat dataintrång, loggkontroll och hur man hanterar personuppgifter säkert. Ett annat fokus har varit distansmöten och den digitala utvecklingen för att möta behoven på ett informationssäkert sätt. Arbete pågår också för att samtliga medarbetare ska genomgå den digitala utbildningen ”Säker informationshantering” för att få ökad kunskap om hur personuppgifter och annan skyddsvärd information ska hanteras samt för upptäckt av inträffade incidenter

Under 2020 har 43 personuppgiftsincidenter rapporterats i RITZ⁷. Av inträffade incidenter har 13 anmälts till Datainspektionen. Förvaltningens organisation för incidenthantering har bidragit till att fånga upp de incidenter som är sammankopplade med AvIC. Inträffade incidenter har lett till ökad kunskap och förändrade arbetssätt

Den utvärdering vårdgivaren har genomfört enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Här behöver förvaltningen inte redovisa något då det sker i den regionala patientsäkerhetsberättelsen.

Den granskning som har gjorts enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

444 olika poster gällande granskningar har inrapporterats. Varje post innehåller ett varierande antal stickprovskontroller.

Kontroll av personalens journalföring sker även i samband med och som en bieffekt av markörbaserad journalgranskning, introduktionsutbildning, avvikelshantering och internutredning samt händelseanalys.

⁷ Region Skånes IT-ärendehanteringssystem

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

	Strategi	Målnivå	Åtgärd	Resultat	Analys
Antalet undvikbara vårdnära suicid ska minska (Lex Maria anmälda)	Särskild patientsäkerhetsorganisation. Utbildning i suicidprevention. Lärande och säkerställande.	Ska minska jämfört med tidigare år.	Patientsäkerhetsutbildade ombud och samordnare. SPiSS ⁸ till alla medarbetare. Åtgärdsförslag från internutredningar och händelseanalyser prioriteras, genomförs och följs upp.	2019/2020 2 → 3	Andelen undvikbara suicid enligt kriterierna för Lex Maria anmälan har ökat till tre under 2020. Dock har antalet vårdnära suicid totalt sett sjunkit rejält Viktigt att säkerställa fortsatt låg nivå mot målet noll.
Minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder	Strategi/er Bevakning/analys av statistik på verksamhetsdialog och ledningsmöten med fokus på tvång. Utbildning (Terma).	Målnivå Lägre än riket	Åtgärd Utbildning. Stärka personalens förmåga att hantera trängda situationer. Lokala handlingsplaner utifrån analyserad statistik. Uppföljningsamtal efter tvångsåtgärd enligt riktlinje.	Resultat -Mål ej uppnått på totalen men BUP heldygnsvård har lägre nivå än riket	Analys Vårdplatsbrist och hög personalomsättning är sannolikt de starkast bidragande faktorerna till ökat behov inom vuxenpsykiatri. Lågaffektivt bemötande är viktigt för måluppfyllnad Handlingsplaner och uppföljande samtal också viktiga delkomponenter

⁸ Suicidprevention i Svensk sjukvård, utbildning

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd	Strategier Utbildning och uppföljning vid verksamhetsdialog	Målnivå Över 75 % av utskrivna patienter	Åtgärd Se strategi. Noggrann registrering med feedback på nivå	Resultat Målnivå uppnådd endast i verksamhetsområde vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg	Analys Detta är en av de viktigaste egenkontrollerna att uppfylla då resultatet betyder mycket för att minska behovet av tvångsåtgärder, vilket innebär fokus på detta målområde i kommande dialoger med verksamheterna.
Följsamhet till regler för arbetskläder och hygien vid patientnära arbete (BHK)	Strategi Information och utbildning via Vårdhygien. Täta uppföljningar. Hygienronder har genomförts var 12:e månad Delta i nationella och regionala PPM ⁹ BHK ¹⁰ . Genomföra lokala PPM i egen regi. Chefsjuksköterska samordnar mätningen.	Målnivå Klädregler: 100 % Hygien: 90 %	Åtgärd Verksamheterna bjuder själva in representanter från Vårdhygien för föreläsning, utbildning med mera. – Hygienronder företas var 12:e månad då representanter från Vårdhygien deltar tillsammans med enhetschef.	Resultat Andel korrekt i alla åtta hygiensteg: Vårtermin (Vt) 90,2 % Hösttermin (Ht) 70,2 % Andel korrekt i samtliga fyra klädregler: Vt 66,7% Ht 76,4 % Andel korrekt i samtliga fyra hygienrutiner Ht 88,9 %	Analys Enheten för vårdhygien upplever ett ökat intresse för att förbättra vårdhygien, vid besök på enheter. Chefsläkare och chefsjuksköterska har en kontinuerlig dialog kring förbättringsområden. Under 2021 planeras det för extra informationsmaterial om hygienrutiner. Fokus kommer även att läggas på utbildning via utbildningsportalen. Hygienronder har varit svårt att genomföra under 2020 då covid-19 har gjort att Vårdhygien har varit mycket upptagna med annat arbete.

⁹ Punktprevalensmätning

¹⁰ Basala hygienrutiner och klädregler

Förebygga och bemöta hot och våld i vården	Strategi Utbildning i TERMA. Gäller hela förvaltningen	Målnivå Alla medarbetare ska ha genomgått TERMA-utbildning och repetera årligen.	Åtgärd God tillgänglighet till TERMA-utbildning. Samordning från förvaltningsnivå.	Resultat Utbildningar har erbjudits regelbundet men digitaliserats samt i slutet av året till viss del pausats med hänsyn tagen till pandemin	Analys Utbildningarna är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet och fördjupar förståelsen i mötet med patienten
Förskrivningen av Litium ska öka	Strategi Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i LAL-nätverk.	Målnivå Ökad förskrivning till rikssnittet, 6 000 DDD/10 000 inv/år	Åtgärd Utbildning, information och uppföljning.	Resultat Ökning med 3 % men målnivån inte helt uppnådd	Analys Fortsatt bra utveckling. Det finns evidens för att litium bör användas som förstahandsmedel vid återfallsförebyggande behandling av bipolär sjukdom typ 1.
Förskrivning av Alprazolam ska minska	Strategi Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i LAL-nätverk.	Målnivå Minskad förskrivning till 2 000 DDD ¹¹ /invåren/år.	Åtgärd Utbildning, information och uppföljning	Resultat Minskning med 11 % mätt i DDD, 3 verksamhetsområden inom vuxenpsykiatri når målnivån och i det fjärde minskar förskrivning påtagligt.	Analys Bra utveckling-vi är nu nära målnivåerna!
Förskrivning av läkemedel mot återfall i alkoholberoende ska öka	Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i LAL-nätverk	Ökad förskrivning	Information och fortsatt utbildning i frågan	Minskning med 3 % jämfört med 2019, Antabus har dock ökat med 8 %. Ett verksamhetsområde inom vuxenpsykiatri uppnår målnivån.	Behöver öka och verksamheter som inte uppnår mål bör samverka med verksamhetsområde som förbättrat förskrivningen

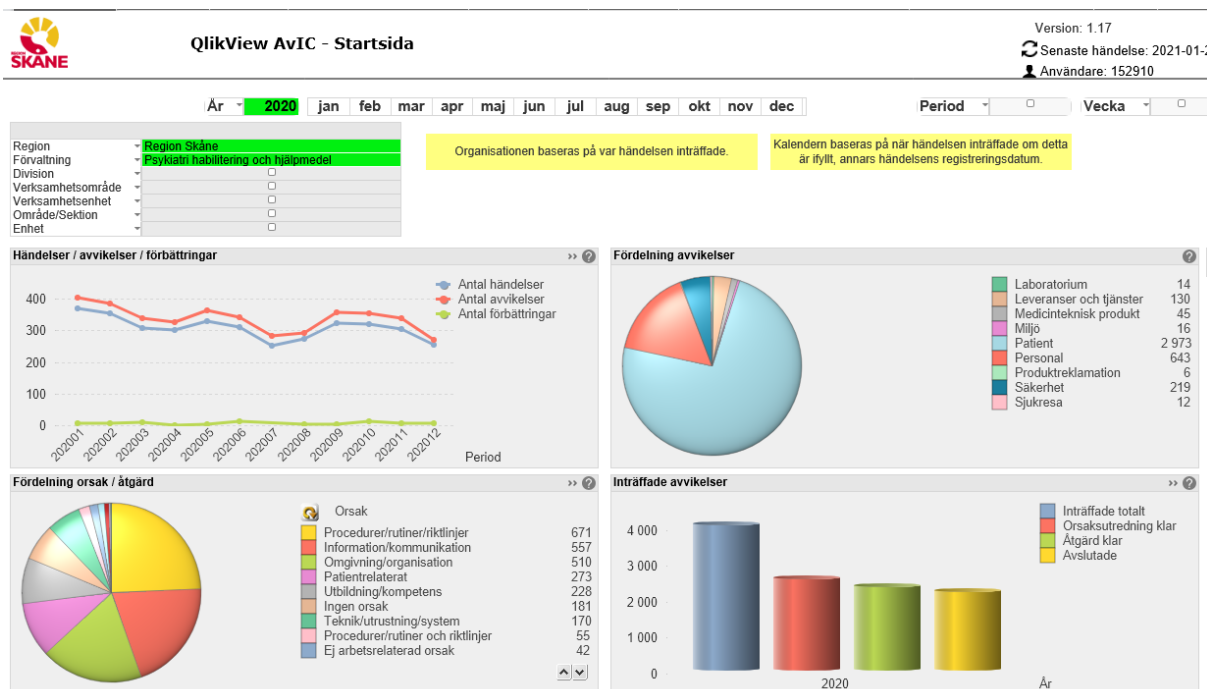
¹¹ Definerad DygnsDos

Avvikelser

Under året 2020 rapporterades det totalt i förvaltningen 4058 avvikelser i AvIC (4262 år 2019) varav 2793 patientrelaterade (3078 år 2019). Mest förekommande händelseklassificering var procedurer/rutiner/riktlinjer. Ett långsiktigt arbete med att utveckla avvikelseprocessen pågår, med avsikt att korta ledtider i hantering och ge tidigare återkoppling till berörda.

I regelbundna möten med patientsäkerhetsamordnare och företrädare från förvaltningsledning lyfts ständigt frågor som gäller avvikelshantering, orsaksutredning och förbyggande arbete.

I flera år har antalet avvikelserrapporter ökat, helt enligt målsättning för ett proaktivt säkerhetsarbete. Under 2020 har antalet rapporterade avvikelser minskat något och antalet oavslutade avvikelser ökat. Statistiken visar att avvikelserrapportering gick ned under hösten och i samband med att Skåne drabbades hårt av covid-19. Antalet oavslutade avvikelser behöver dock minska och är ett prioriterat förbättringsarbete på området.



Klagomål och synpunkter

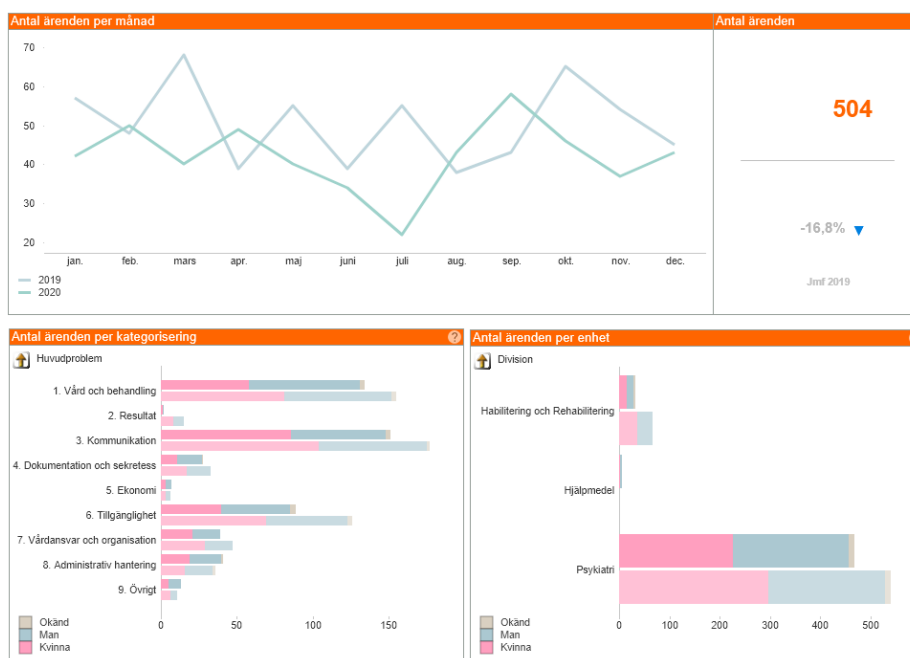
I de allra flesta fall och i enlighet med klagomålslagen vänder sig patienten direkt till verksamheten och dessa registreras i avvikelssystemet AvIC. Därutöver hanterar även Patientnämnden och i vissa fall (företrädesvis tvångsvårdsärenden) IVO även klagomål.

Från 2020-01-01 till och med 2020-12-31 har det inkommit 39 klagomålsärenden från IVO. (40 förra året).

- Vuxenpsykiatri Lund 6 stycken
- Vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg 8 stycken
- Vuxenpsykiatri Kristianstad 2 stycken
- Vuxenpsykiatri Helsingborg 9 stycken
- BUP 11 stycken
- RPK 3 stycken

Patientnämnden har tagit emot totalt 504 ärenden 2020 för vår förvaltning att jämföra med 565 under 2019. Fördelningen inom förvaltningen syns i bilden nedan.

Kategoriseringen visar att klagomål på kommunikation dominerar tätt följt av vård och behandling samt därefter tillgänglighet.



Implementeringen av standardiserade vårdprocesser (SVP) bör kunna leda till minskade klagomål på vård och behandling. Färdigställandet av SVP är således inte bara prioriterat ur digitaliseringsperspektivet utan också utifrån delaktighet och tydlighet i vårdprocessen. Principiellt viktiga klagomål ur lärandesynpunkt lyfts på samordnarmöten samt i verksamhetsdialog.

Händelser och vårdskador

Från 2020-01-01 till och med 2020-12-31 har Psykiatri, habilitering och hjälpmedel anmält totalt 13 Lex Maria. (5 under 2019)

Lex Maria ärende berörde:

- Suicid (4) (varav 1 händelsedatum 2019)
- Vårdintyg (2)
- Suicidförsök (2)
- Dödsfall (1)
- Brott mot tystnadsplikt (1)
- Risk för vårdskada (1)
- Allvarlig vårdskada (2 händelsedatum 2019)

Antal suicid i nära anslutning till vård (inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt) har minskat stort jämfört med föregående år men även jämfört med tidigare förhållandevis låga nivåer senaste åren. En förklaring till denna större minskning kan vara pandemin.

Endast 3 av 21 noggrant internutredda vårdnära suicid har bedömts uppfylla kriterier för Lex Maria-anmälan.

Totalt har i förvaltningen genomförts 47 internutredningar rörande allvarliga händelser varav 24 berörde suicidhändelse (två bedömdes inte vårdnära i vår förvaltning).

I takt med att samordningen i nya patientsäkerhetsorganisationen stärks, delas betydelsefulla lärdomar och rutiner görs mer lika över hela förvaltningen. Läkemedelsplanen med uppföljning av förra årets läkemedelsanvändning samt läkemedelsrelaterade mål och delmål följs på samtliga nivåer men framförallt i förvaltningens läkemedelsgrupp och inom nätverket av läkare med ledningsuppdraget läkemedelshantering och läkemedelsansvariga läkare. Prioriterade delmål följs i verksamhetsdialoger. Avvikelse rörande läkemedelshantering följs på verksamhetsnivå och centralt av chefsjuksköterska, chefsapotekare och medicinsk rådgivare med målet att snabbt identifiera och hantera systemfel.

Riskanalys

Verksamheten har trots pandemin under året ökat antalet genomförda händelseanalyser till 22 (17 förra året) och samtidigt även lyckats öka antalet riskanalyser till 12 (förra året 10) vilket är mycket bra resultat och innebär att vi uppnått målnivån på sammanlagt >25 analyser.

Genom användandet av Gröna korset på flertalet av förvaltningens enheter så hanteras patientsäkerhetsrisker på daglig bas i heldygnsvården och minst varje vecka i öppenvård med oftast omedelbar åtgärd. Forskning visar att denna hantering har störst genomslag avseende verklig förändring och ökad patientsäkerhet.

Mål och strategier för kommande år

Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska fortsätta prioritera, stärka och stimulera en med verksamheten fullt integrerad patientsäkerhetsorganisation.

Övergripande målsättning är ett systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat patientsäkerhetsarbete med samtidig beredskap för framtida behov ledande till säker, kvalitativ och riskmedveten vård som har kunskap och dynamik, tillräcklig för att klara framtidens utmaningar.

Strategier

- Utveckla arbetsmetodik och struktur i förvaltningens enhet för patientsäkerhet och kvalitetsutveckling samt effektivt och ändamålsenligt koppla det till verksamheten.
- Proaktivt patientsäkerhetsarbete genom patientsäkerhetsorganisationens och nätverk, exempelvis genom att kommunicera ut säkerhetsåtgärder brett i verksamheten.
- Upprätthålla system för egenkontroll, lärande dialog och säkerställande uppföljning. Viktigt att ta tillvara och sprida goda exempel.
- Risk- och händelseanalysarbete enligt nyare struktur.
- Vidareutveckling av Gröna korset. Införande av digital version jämte pulstavla.
- Vårdplan för alla patienter i såväl öppen- som heldygnsvård.
- Färdigställa, implementera och följa upp standardiserade vårdprocesser enligt pågående program.
- Arbeta utifrån framtagna prioriterade patientsäkerhetsområden
- Öka kvaliteten i avvikelshantering och korta ledtider för att kunna ge underlag för säkrare analyser och åtgärdsplaner.
- Patienters och närståendes inflytande och delaktighet bör på ett tydligare sätt omfatta patientsäkerhetsarbetet både på individnivå och i övergripande strukturer.
- Utbildning av all personal i strukturerad suicidriskbedömning och prevention, SPiSS fortsätter.
- Fortsatt arbete enligt planering med LÖFs¹² ”säker suicidprevention” för vuxenpsykiatri, och senare rättspsykiatri, med sikte på samma arbete 2022 för BUP och habiliteringen.
- Satsningen på brukarstyrda inläggningar ska fortsätta för bättre förebyggande och behandling av personer med självskada.
- Arbetet för minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder ska fortsätta. Uppdaterad handlingsplan följs.
- Förvaltningsplan för läkemedel och läkemedelsgenomgångar följs.
- Verksamhetsanpassade mål för läkemedelsuppföljning avseende till exempel litium, Alprazolam och alkoholläkemedel.
- Patientsäkerhetsronder ska prioriteras även under 2021.
- Fortsätta med brukarstyrd brukarrevision enligt avtal.

¹² Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag

-
- Förbättra vårdplatssituation genom specialinriktade avdelningar samt genom fortsatt samarbete skåneövergripande och prioritera att öppethålla fastställda vårdplatser samt genom inrättande av fler vårdplatser.

Särskilda utmaningar under kommande år

- Hantering av en fortsatt påverkad tillgänglighet relaterat till fortsatt svår pandemisituation med restriktioner.
- Hur säkerställa patientsäkerhetsarbetet med fortsatta pandemirestriktioner som pausar/hämmar viktiga utbildningar inom TERMA/HLR med flera.
- Efterhand anpassning till en post-covidsituation, normalisering och sannolikt kraftigt ökat söktryck med behov av fler vårdplatser.
- Säker omställning till en alltmer digitaliserad vård, SDV¹³.
- Korrigering av vårdplatsbrist för optimalt driven heldygnsvård.
- Patientsäker balans mellan nödvändiga utvecklingsprojekt och god tillgänglighet.
- Vidareutveckling av effektiv och regelbunden säkerställande uppföljning.

¹³ Skånes digitala vårdssystem