

Patientsäkerhetsberättelse för Division Psykiatri År 2024



Datum
Ansvarig för innehållet
Diarienummer

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Division psykiatri systematiska patientsäkerhetsarbete för 2024 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Underlag för Division psykiatri övergripande patientsäkerhetsberättelse är redogörelser från verksamhetsområdena Sunderbyn, Piteå, Gällivare och länsgemensam rättspsykiatri i Öjebyn. Divisionens patientsäkerhetsberättelse redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020).



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	7
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

SAMMANFATTNING

Divisionens övergripande mål är att ingen patient ska drabbas av en undvikbar vårdskada. En god och säker vård kännetecknas av att den är av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. En god vård bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främjar goda relationer mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal samt är lättillgänglig. En säker vård kännetecknas av en engagerad ledning med tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. En säker vård behöver också tillräckligt med medarbetare som har adekvat kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete samt att vården utformas utefter behov i samråd med patienten. Ett gott patientsäkerhetsarbete bygger också på en god patientsäkerhetskultur där vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

Under 2024 har man inom divisionen arbetat med att få till ett likvärdigt arbetssätt kring patientsäkerhetsarbetet. Den modell man utgått ifrån är arbetssättet som funnits inom psykiatrin Sunderbyn där kliniken sedan många år har Patientsäkerhetssamordnare anställda som tillsammans med verksamhetsområdeschefen har veckovisa patientsäkerhetsmöten. Divisionen är på god väg att arbeta likvärdigt även om arbetssättet anpassats efter lokala förutsättningar. Syftet är att vid samtliga kliniker arbeta systematiskt med patientsäkerhetsfrågor, avvikelser samt att kvalitetssäkra vården för våra patienter.

Samtliga slutenvårdsavdelningar inom divisionen har under 2024 fortsatt arbetet med implementering av Safewards. Dessutom arbetar man med att inkludera vårdmodellen ”Meningsfull heldygnsvård”. Genom att integrera Safewards-modellen i meningsfull heldygnsvård kan vården bli mer strukturerad och effektiv. Safewards-insatserna bidrar till att skapa en tryggare miljö, vilket är en av de grundkomponenter som definierar meningsfull heldygnsvård. Detta samarbete hjälper till att minska konflikter och förbättra patienternas upplevelse av vården, vilket är centralt för deras återhämtning.

I oktober infördes specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT). Genom att erbjuda snabb och flexibel vård i patientens hemmiljö kan SPOT-teamen identifiera och hantera problem innan de eskalerar, vilket minskar risken för akuta försämringar och behovet av sjukhusinläggningar. SPOT kan också innebära förbättrade förutsättningar för patientsäkerheten genom att involvera och stödja patienternas närstående och skapa en starkare stödstruktur runt patienten, vilket förbättrar både den psykiska hälsan och säkerheten.

Det viktigaste arbetet inför 2025 är fortsatt strävan mot nollvisionen gällande suicid. En del i arbetet består av fortsatt journalgranskning med fokus på att strukturerade suicidriskbedömningar genomförs, samtliga patienter har en aktuell vårdplan samt att denna utvärderas. Divisioner kommer fortsätta arbetet med riskbedömning och fortsätta utveckla samarbetet med närstående, brukarorganisationer och primärvården.

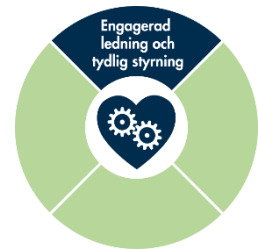
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Verksamheterna ska använda resultat från mätningar för att utveckla och förbättra vården. En samordnad vård utifrån individens behov får man genom ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är en aktiv och självklar partner. Patientmedverkan sker bland annat genom Nationell patientenkät. Arbetet med Nationell kunskapsstyrning och daglig styrning ska fortsätta implementeras där målet är en hållbar verksamhet med hög säkerhet.

Övergripande mål för Regionen 2024

- Vårdskador <5 %
- Vårdrelaterade infektioner <4 %
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner 100 %
- Vårdskada på grund av fall ska minska med 20 % jmf 2023
- Suicid bland de som sökt vård ska vara 0

Övergripande mål för divisionen 2024

- Uppföljning av läkemedelsförskrivning
- Införa Safewards och meningsfull heldygnsvård på alla slutenvårdsenheter
- Implementering av länsgemensam handlingsplan suicid
- Implementering av systematiskt patientsäkerhetsarbete

Organisation och ansvar

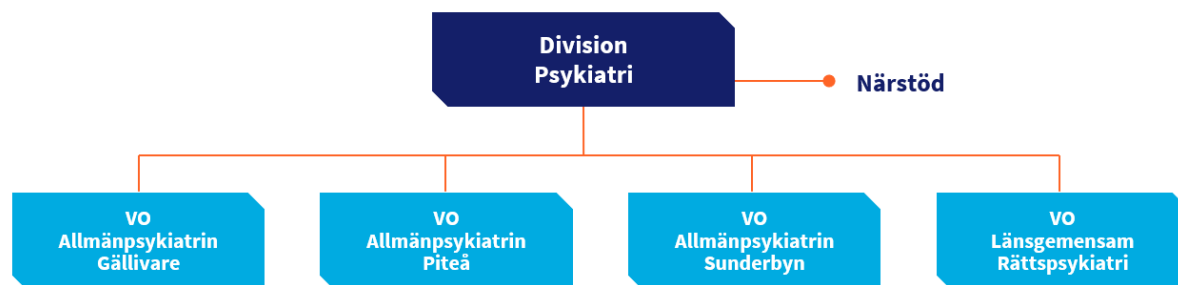
PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

I Regionens ledningssystem finns anvisningar gällande organisation, roller och ansvar. Regionen har en Patientsäkerhetsstrategi och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna. Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i LSG patientsäkerhet. Divisionschefen är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet tillämpas i verksamheten. I divisionens Närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna bland annat med händelseanalyser.

Verksamhetsområdeschefer/verksamhetschefer har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll. De ansvarar tillsammans med övriga chefer för att ta fram läns-/klinikgemensamma rutiner och regler, uppföljning och utvärdering. Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa

upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Varje enhet har en avvikelseansvarig. Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda samt rapportera risker och vårdskador.

Division psykiatri organisation:



I Sunderbyn träffas verksamhetsområdeschef, biträdande verksamhetsområdeschef och Patientsäkerhetssamordnare varje vecka och går igenom och handlägger avvikelser, lokala klagomål, PAN, IVO och ev. lex Maria ärenden. Enhetscheferna hanterar med hjälp av kulturbärare avvikelser som berör den egna enheten. Chefsöverläkare, enhetschef för läkarna, studierektorerna hanterar medicinska avvikelser som tas upp läkarmöten, vilket leder till beslut om åtgärder och lärande. Händelseanalys (HA) med dess handlingsplan tas upp i klinikledningen för genomgång och beslut av åtgärder. När IVO har godkänt HA och handlingsplan tas den upp i Klinikledningen för uppföljning. Därefter skickas den ut till respektive enhet för presentation på arbetsplatsträffar (APT) och i läkarmöte. Handlingsplanen bevakas sedan för att tillse att beslutade åtgärder enligt handlingsplan vidtas och utvärderas.

Patientsäkerhetssamordnarna har terminsvis nätverksmöte med kulturbärarna i verksamheten för att främja och stärka ett gemensamt patientsäkerhetsarbete med nya rön. Egenkontroll utförs av patientsäkerhetssamordnarna där fokusområdet är vårdplaner, utvärderingsanteckningar, fallriskbedömningar samt strukturerade suicidriskbedömningar.

Gällivare har under 2024 genomfört patientsäkerhetsrund där divisionschef, verksamhetsområdeschef, chefsöverläkare, enhetschef, fackliga företrädare samt medarbetare och patienter deltagit och lämnat synpunkter. Patientsäkerhetsrund kommer genomföras årligen för att uppnå en bättre patientsäkerhet. Man kommer fortsätta att arbeta systematiskt med att synliggöra bristerna för att verksamheten ska öka kvalitén och patientsäkerheten.

Piteå har en Patientsäkerhetssamordnare som är sjuksköterska och har arbetat motsvarande cirka 70% med detta. Patientsäkerhetssamordnare har fortsatt sitt uppdrag under 2024 med att sammankalla patientsäkerhetsråd, arbeta med PAN ärenden, händelseanalyser, markörbaserad journalgranskning samt hantering av avvikelser. Verksamhetsområdeschef svarar på begäran från IVO, ofta i samråd med MLA/CHÖL, samt även med övriga personer som berörs. Avvikelser lyfts på arbetsplatsträffar. Fortsatt information om att avvikelser ses som förbättringsmöjligheter och att alla har en skyldighet att rapportera avvikelser i avvikelssystemet.

Rättspsykiatri i Öjebyn har utöver chefsöverläkare, verksamhetsområdeschef och enhetschefer en utvecklingsjuksköterska och en sekreterare som är mycket delaktiga i arbetet med egenkontroll. En tvärprofessionell grupp kommer bildas för att utreda avvikelser och för att genomföra den markörbaserade journalgranskningen. En viktig målsättning för verksamheten är att öka kännedomen

och delaktigheten i patientsäkerhetsarbetet bland alla medarbetare och patienter. En åtgärd som vidtagits i år är att verksamhetsplanen för nästa år har gjorts tillgänglig för alla medarbetare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Divisionerna har arbetat internt och externt med kunskapsstyrning med stöd av Nationellt kliniskt kunskapsstöd, nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För att säkra vårdens övergångar vid utskrivning från slutenvården samt att underlätta den samordnade planeringen mellan kommun och region har alla somatiska och psykiatriska verksamheter samordnad planering och IT systemet Life Care

Rättspsykiatri i Öjebyn har tät och kontinuerlig samverkan med länets kommuner för att möjliggöra säkra övergångar från heldygnsvård till öppenvård. En förändring gällande hantering av LifeCare utreds för närvarande. Patientråd genomförs regelbundet för att ge patienterna möjlighet att påverka vårdens utformning. Man utreder även möjlighet att utveckla samverkansrutiner med länets kommuner med anledning av en tidigare händelse, där man såg behov av utökat samarbete.

Sunderbyn har fortsatt samverkan mellan primärvården och Närpsykiatrimottagningarna i Luleå, Boden och Kalix med målet att minska remiss studsande, rätt patient på rätt vårdnivå, tidigt omhändertagande, framtagande av arbetssätt för konsultation av varandra. Dessutom samverkar man med att ta fram gemensamma gruppbehandlingar och främja jämlik somatisk vård. Man använder sig av multidisciplinära ronder i samverkan med vårdgrannar både inom slutenvården och med primärvården gällande svåra komplexa patienter. I stället för att fokusera på organisationsgränser, fokuseras på vad som blir bäst för patienten. Brukarorganisationer har fortsatt tagits in i utvecklings- och förändringsarbete under 2024. Samverkan mellan farmaceut och läkare har fortgått under året. Samverkan med kommunpsykiatri sker på lokalnivå med samtliga kommuner i upptagningsområdet.

Piteå har en klinikkurator som arbetar med SIP för patienter som till exempel enbart har läkemedelsbehandling vid kliniken och ingen annan pågående insats. I det uppdraget ingår också krisstöd och anhörigstöd. Tillsammans med representant för Piteå kommun har man även anhörigstödsgrupper. Samverkansmöten finns regelbundet på chefsnivå med Piteå Kommun.

I oktober startade man upp Specialist Psykiatriskt Omvårdnads Team (SPOT). Inom SPOT finns sammanlagt 3 team. SPOT teamen möter patienter i Piteå, men reser även till Arjeplog, Arvidsjaur och Älvsbyn. Förhoppningen är att SPOT ska kunna möta patienter tidigt när patienten signalerar ökat vårdbehov. De möter också patienter som vårdats i slutenvård och har behov av intensiva insatser efter utskrivning. Detta gör man i tät samverkan med slutenvården i Sunderbyn.

Gällivare har under 2024 arbetat med att trygga vårdövergången från slutenvård till öppenvård då varje övergång ses som kritisk. Verksamhetens öppenvård har innan utskrivning från slutenvården träffat patienten för att påbörja kontakten. Samverkan och dialog sker mellan sluten- och öppenvård både genom behandlingskonferens för att planera öppenvård redan under slutenvård också via system såsom VAS och LifeCare, detta för att underlätta för patienten i övergångar. Slutenvården kan också följa upp patienten efter utskrivning tills öppenvårdskontakt kommit i gång samt delge och boka tider för patienten till öppenvården. Under 2024 har verksamheten arbetat för att påbörja samverkan med kommun, privata vård aktörer samt inom regionen, detta är ett arbete som kommer fortsätta under 2025.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I regionens ledningssystem finns anvisningar och rutiner gällande informationssäkerhet som verksamheten arbetar utifrån. Ledningssystem - Informationssäkerhet (nll.se)

I divisionen får alla nyanställda och studenter information gällande sekretess och patientsäkerhetslagen och skriver under regiongemensamt sekretessbevis. Policyn är att all nyanställd personal lämnar utdrag ur belastningsregister och legitimerar sig, även om efterlevnaden varierar. Loggkontroll görs kontinuerligt samt vid uppkommen begäran och har i vissa fall har resulterat i långtgående personalärenden. Vid utlämning av journal till patient görs menprövning.

På arbetsplatsforum påminns om sekretess i det dagliga arbetet, tex att man ska tänka på var, när och hur man som kollegor diskuterar kring patienternas vård.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Divisionernas verksamheter har följt Regionens handlingsplan för patientsäkerhet och har deltagit i beslutade aktiviteter till exempel Nationell punktprevalensmätning PPM i basala hygienrutiner och klädregler.



I Sunderbyn arbetar verksamheten utifrån ett framtaget ledningssystem för patientsäkerhet.

Verksamhetsområdeschef, biträdande verksamhetsområdeschef, chefsöverläkare och Patientsäkerhetssamordnare träffas varje vecka och går igenom, handlägger avvikelser, lokala klagomål, PAN, IVO och ev. lex Maria ärenden. Samtliga enheter har återkommande forum för förbättringsarbeten. Till exempel så arbetar Luleås öppenvårdsmottagning med att implementera Stegvis vård för att förbättra patientsäkerheten genom att säkerställa att varje patient får rätt vård vid rätt tidpunkt, vilket förväntas minska risken för vårdskador och förbättrar vårdkvaliteten. I detta arbete använder man sig av de nationella vårdprogrammen samt har med brukarorganisationer. Man planerar uppstart av stegvis vård i december 2024. Inom slutenvården används tillsynslistan ”SPOC” (Single Point of Contact) som är än mer omfattande se upp ronder, ett arbete pågår kring hur man använder sig av information på bästa sätt. Kulturbärare ska finnas på varje enhet som stöd till enhetscheferna som är avvikelseansvarig, detta för att främja kulturen för patientsäkerhet

Rättspsykiatri i Öjebyn har under 2024 identifierat att verksamhetens avvikelshanteringsprocess inte varit optimal och man har i och med det påbörjat ett arbete med översyn av denna. Den omfattas av allt från ansvarig avvikelsehandläggare till effektivisering av den digitala processen kring återkopplingen av avvikelser inom verksamheten. Avvikelseansvariga sammanställer aktuella synergier varje månad och presenterar dessa på ett synergimöte som utförs tillsammans med läkare, chefer och ibland Säkerhetssamordnare. Mötena genererar nya åtgärder och ibland nya rutiner eller förändringar i befintliga rutiner för att säkerställa patientsäkerhet. Avvikelser lyfts sedan som ett lärande på APT. Årligen genomförs fysiska skyddsronder där man förutom arbetsmiljö även ser över patientsäkerheten.

Gällivare har uppföljning av brister utifrån säkerhetsrond tillsammans med verksamhetsområdeschef, chefsöverläkare, enhetschef och säkerhetsansvarig. Under 2024 har det primära fokuset varit att se över avskiljningsrum. Enhetschef samt skyddsombud har genomfört skyddsronder. För att ytterligare skapa trygghet på slutenvården har verksamheten använt stationär bevakning. Detta tidsbegränsade uppdrag har

fortlöp under 2024 parallellt med att medarbetare utbildats inom RESIMA (Resurser i möte med aggression) men också Safewards. Vidare finns punkt på APT kring arbetsmiljö och säkerhet, RESIMA utbildning genomförs två gånger per år för alla medarbetare inom verksamhetsområdet. Tillbud och arbetsskador rapporteras i verksamhetssystemet IA och går igenom av chef och skyddsombud, tillbud/arbetsskador tas upp både vid VUS/Skyddskommitté samt på APT.

Piteå har regelbundna pulsmöten, en eller flera gånger per vecka. En gång i veckan genomförs patientsäkerhetsråd. Det finns ett stort behov av att inventera och uppdatera klinikens rutiner. Avvikelse som kunnat medföra eller har medfört vårdskada rapporteras i Synergi. Dessa analyseras, sammanställs och kommuniceras vid möten varje vecka där chefer deltar. Avvikelse lyfts även på APT. Fortsatt kommer man informera om vikten av att alla medarbetare rapporterar avvikelser, att det är en skyldighet, och att avvikelserna kan bidra till förbättringar av verksamheten på flera plan. Ett arbete med Gröna Korset har startat och kommer att implementeras under 2025. Hygienombud finns på mottagningen som ansvarar för ppm mätningarna.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



De flesta verksamheter har under de senaste åren haft en hög personalomsättning.

Även om tjänsterna tillsätts så har många erfarna medarbetare ersatts med nyutbildade. Detta gäller såväl medarbetare som chefer. Inom samtliga heldygnsverksamheter arbetar man aktivt med fördelningen mellan mindre och mer erfarna kollegor liksom att det finns tillräcklig mängd personal vid varje skift.

Nyanställd personal introduceras av erfarna kollegor som i regel också fungerar som mentorer. Samtliga verksamhetsområden har arbetet fram introduktionsmaterial som går igenom med nyanställda.

Flertalet har utvecklingssjuksköterskor, eller använder sig av andra professioner, som arbetar med utveckling och kvalitet av vården. Divisionen erbjuder vidareutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor/skötare som önskar specialisera sig inom psykiatrisk omvårdnad liksom yrkesspecifika fördjupnings- och vidareutbildning. Andra utbildningsinsatser genomförs också kontinuerligt i form av suicidprevention, dokumentationsutbildning, säkerhetsplaner, krisplaner, eftersamtal vid tvångsåtgärder med flera. Personal erbjuds handledning utifrån uppdrag och behov.

Gällivare har under året arbetat med Region Norrbottens platsvarumärke för att kunna skapa delaktighet hos medarbetaren gällande rekrytering då verksamheten har många vakanser. Under 2024 har verksamheten krävställt vidareutbildning för medarbetare vid nyrekryteringar, för att kunna möta patienternas behov av specialiserad vård. Mentorskap är en naturlig del vid nyanställning. Under 2024 har verksamheten medarbetare som vidareutbildar sig inom KBT, trauma, undersköterska samt sjuksköterska som vidareutbildar sig mot psykiatri.

Rättspsykiatri har inför varje sommar en tre dagars internutbildning för vikarier och nyanställda. Utbildningens innehåll utvecklas förloppande utifrån utvärdering av deltagare men också från inkomna avvikelser som kan kopplas till bristande kunskap och kompetens.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående sker i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. E-tjänster som 1177 vårdguiden ökar delaktigheten och medskapande i vården samt bättre överblick över vårdprocessen. Dessutom är samverkan med nystartade brukarorganisationen NSPH Norrbotten en viktig del för divisionen

Rättspsykiatrin har en representant som deltar i kommunens brukarråd. Inom kliniken finns också ett patientråd där patientrepresentant från varje avdelning deltar tillsammans med representant från kliniken ledningsgrupp. Dessa möten har vi under 2024 utökat, utifrån patienternas önskemål, från en gång i kvartalet till en gång i månaden. Förbättringsarbeten kopplat till patienternas synpunkter genomförs. Årets nationella patientenkät för rättspsykiatrisk slutenvård 2024 har presenterats på patientrådet där representanterna fått i uppdrag att med övriga patienter ge förslag på utvecklingsområden som de önskar att verksamheten arbetar med under 2025. Verksamheten strävar efter hög delaktighet i vården, bland annat genom att alla patienter på kliniken erbjuds att närvara vid sin vårdplanering. Patienten och närstående informeras om möjlighet att lämna klagomål via 1177, patientnämnd eller direkt till personalen eller enhetschef/verksamhetschef.

Piteå samverkar med patienter och närstående i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. Patienter och anhöriga får alltid återkoppling efter avslutade händelseanalyser eller klagomål.

Gällivare har under 2024 arbetat mer personcentrerat och följt upp hur patienten upplevt sin vårdtid på slutenvården som en del i arbetet med Safewards. Slutenvården har också infört utskrivningshälsningar, samt arbetat tillsammans med patienter gällande gemensamma förväntningar.

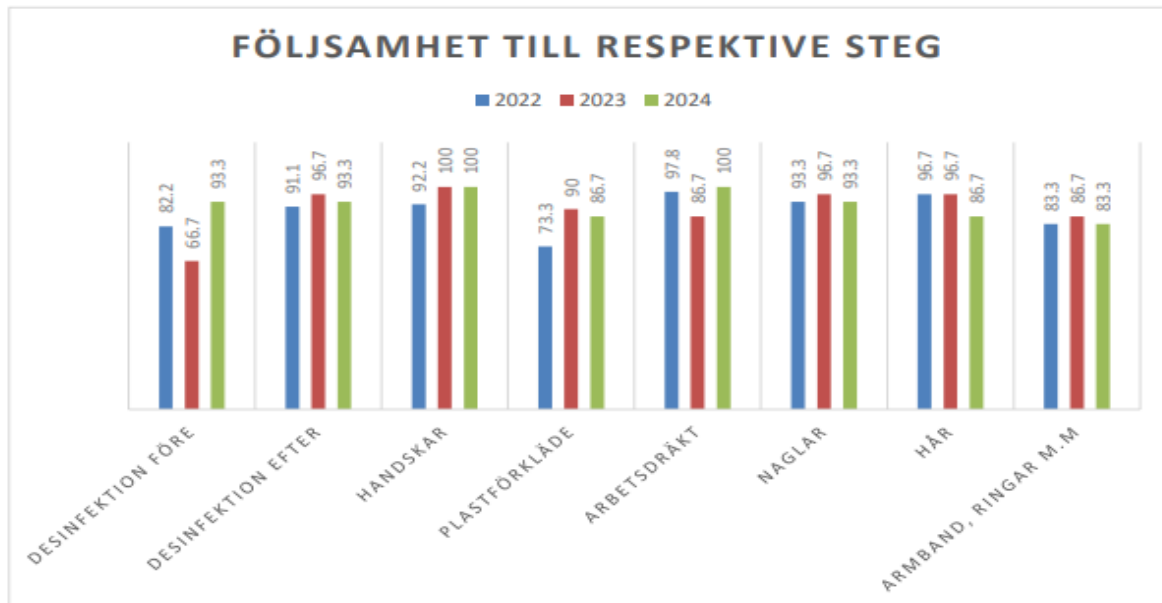
Sunderbyn tar emot synpunkter från patienter, anhöriga och medborgare som sedan tas om hand via avvikelssystemet och PAN och återkopplas därefter. Samarbete sker med brukarråd vid risk- och konsekvensanalys som berör omorganisation. Brukarevisorer från NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) ska besöka en av slutenvårdsavdelningarna vid fyra tillfällen under november månad. Syftet är att göra patientintervjuer som sedan kommer sammanställas och redovisas både på verksamhets- och divisionsnivå. Patienter och närstående bjuds alltid in att delta i händelseanalyser och ges alltid möjlighet till återkoppling efter avslutad utredning. Förutom patienten ska närstående också erbjudas att vara delaktig vid vårdplanering och vid upprättande av krisplan. Patienter och närstående kan lämna synpunkter/förslag i uppsatta brevlådor på de olika enheterna.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Punktprevalens mätning BHK (basala hygienrutiner och klädregler)

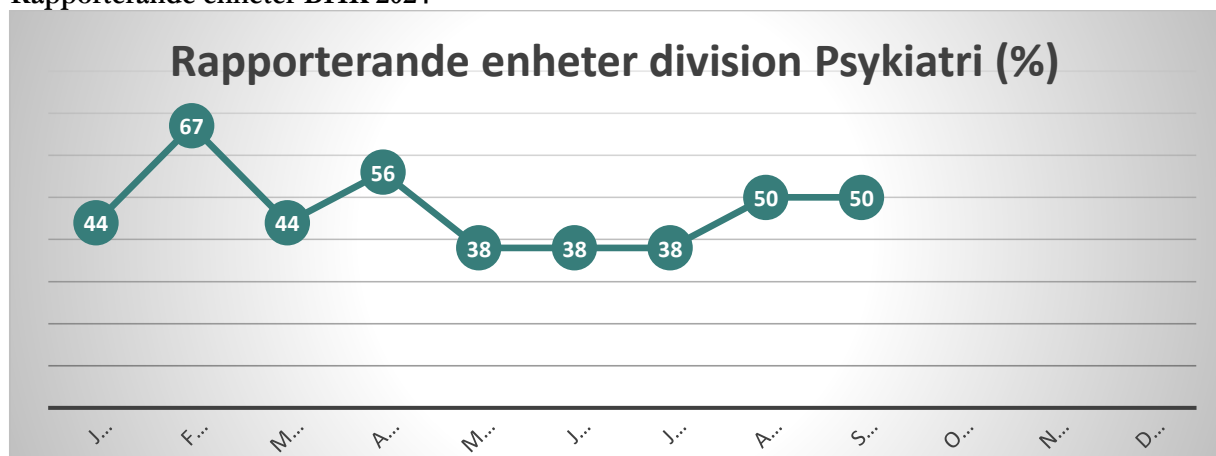


Källa: Nationell punktprevalensdatabas 2024

Mål: Följsamheten till BHK ska vara 100 %

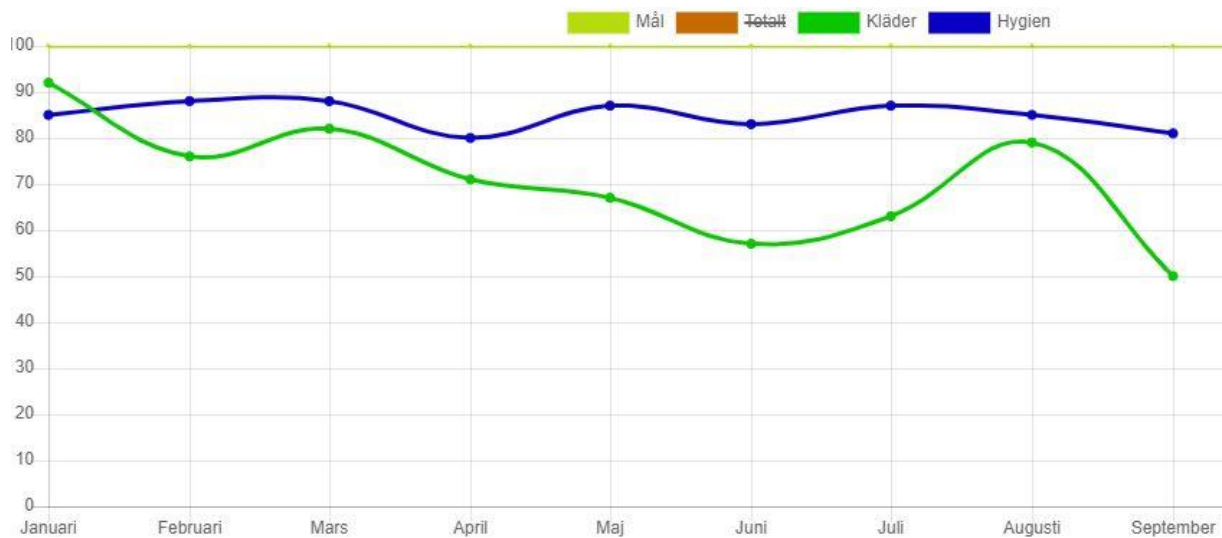
Resultat: Av de åtta observerade stegen syns en förbättring av två steg, ett oförändrat samt fem försämrade. Desinfektion av händer före patientkontakt har ökat rejält från föregående år. Sett mot målet på 100 procent följsamhet finns det totalt sett en del att arbeta med.

Rapporterande enheter BHK 2024



I snitt under året har 47 % av enheter rapporterat in resultatet varje månad vilket är en minskning jämfört med föregående år.

Månadsmätning följsamhet BHK 2024



Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, oktober 2024

Resultat: BHK mäts regionövergripande en gång per månad samt en särskild punktprevalensmätning under våren. Följsamheten till hygienrutiner inom divisionen, sett över året, ligger på 81 % och följsamheten till klädregler är 70 %.

Analys av resultat: Divisionen är långt ifrån att nå målet om 100 % följsamhet. I jämförelse med 2023-årsnivå har följsamheten minskat med ca tio procentenheter. Samtidigt måste denna siffra tas med viss försiktighet då svarsfrekvensen bland enheterna är låg.

Åtgärd: Kontakt har tagits med samtliga hygienobservatörer på enheter med dålig svarsfrekvens för att säkerställa att alla enheter har en utsedd observatör samt att hen har adekvat kunskap och förutsättningar för observation och rapportering. Syftet är att i första hand förbättra rapporteringen för att sedan arbeta vidare med enheter med bristfälligt resultat. För att ytterligare synliggöra arbetet med BHK ska detta sättas in som styrmått i divisionsplanen för 2025 och där verksamheterna kopplar aktiviteter att utföra under året.

Uppföljning av åtgärd: Månatlig sammanställning avseenden följsamhet samt rapporteringsfrekvens av BHK kommer att lämnas till divisionsledningen under 2025.

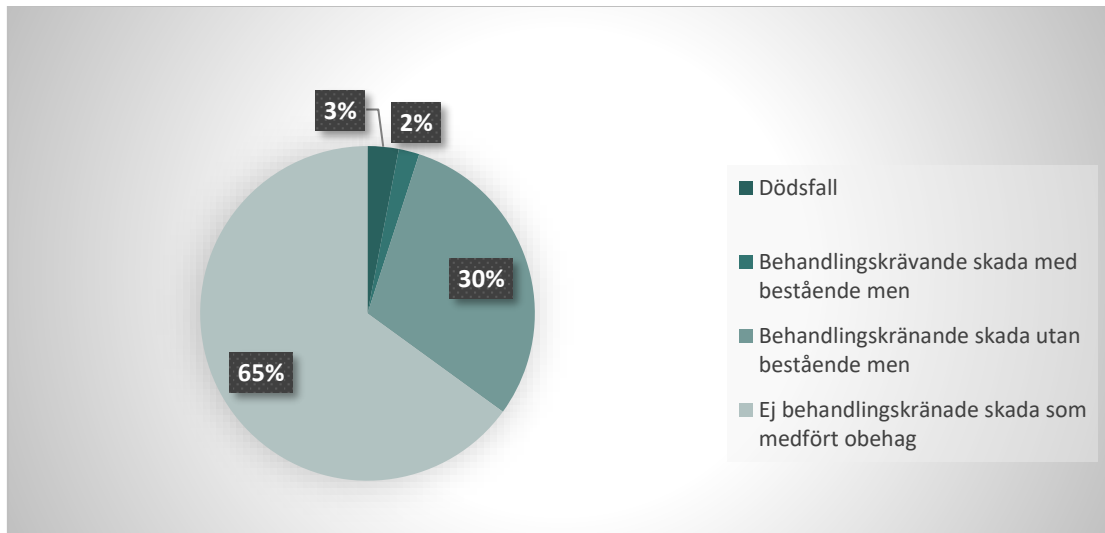
Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



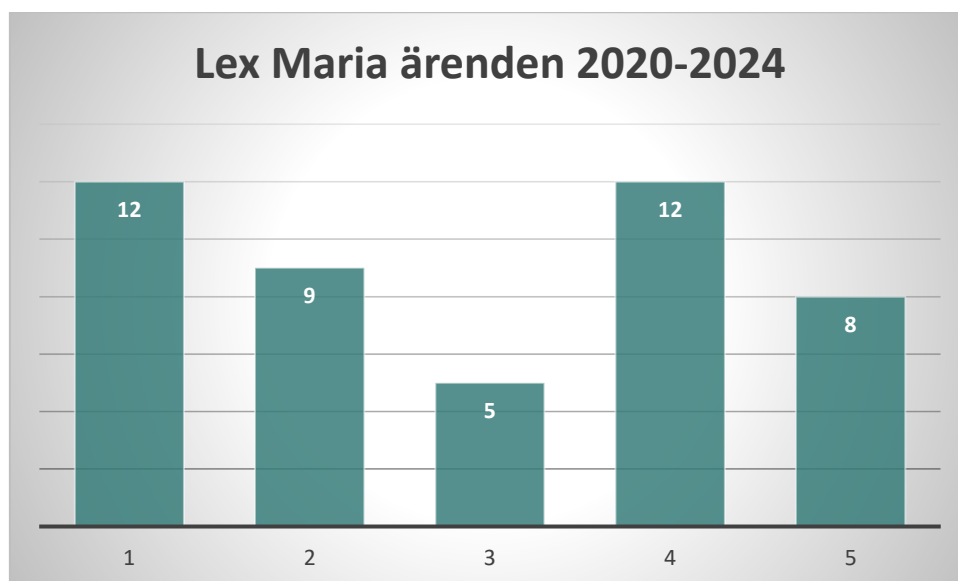
Har vården varit säker

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.



Källa; Synergi november 2024

Division psykiatri har under perioden 2023-10-01 – 2024-09-31 totalt 337 registrerade vårdskador i avvikelssystemet Synergi. Av dessa är tio dödsfall och sex Behandlingskrävande skada med bestående men. Resterande vårdskador är kategoriserade som Behandlingskrävande skada utan bestående men och Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag.



Fördelningen av lex Maria ärendena är ett kopplat till VO Gällivare, VO Sunderbyn samt VO Piteå. Av de åtta lex Maria anmälningarna avser alla fullbordade suicid.

Piteå har under perioden första oktober 2023 till och med sista september 2024 totalt 291 avvikelser upprättade i Synergi. Av dessa är 60 vårdskador. Två är dödsfall efter fullbordade suicid och en kategoriserad som Behandlingskrävande skada med bestående men. 16 kategoriserade som Behandlingskrävande skada utan bestående men och 41 vårdskador kategoriserade som Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag.

Gällivare har under perioden första oktober 2023 till och med sista september 2024 totalt 100 avvikelser upprättade. 18 av avvikelserna är vårdskador varav två dödsfall efter suicid. Fyra är kategoriserade som Behandlingskrävande skada utan bestående men och resterande är Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag. Verksamheten ser en förbättringspotential i arbetet med att både identifiera vårdskador och att utreda dessa.

Rättspsykiatrin har totalt 129 avvikelser upprättade under perioden första oktober 2023 till och med sista september 2024. 40 avvikelser har klassificerats som vårdskador. Åtta av dessa klassas som Behandlingskrävande skada utan bestående men och 32 som Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag. Rättspsykiatrin har betydligt fler avslutade avvikelser under mätperioden, vilket visar på ett förbättrat arbetssätt och att man hanterat många ”gamla” avvikelser.

Sunderbyn har under perioden första oktober 2023 till och med sista september 2024 totalt 843 upprättade avvikelser registrerade. Av dessa är 221 vårdskador. Sex av dessa är dödsfall efter fullbordade suicid och fem kategoriserad som behandlingskrävande skada med bestående men. 70 vårdskador kategoriseras som Behandlingskrävande skada utan bestående med och resterande 140 Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Rättspsykiatrin har rutin för hantering av MBJ, avvikelser, internanalyser och händelseanalyser. Det systematiska arbetet med egenkontroll kommer att utvecklas under 2025. Mätning av basala hygienrutiner och klädregler sker regelbundet.

Piteå har forumet Patientsäkerhetsrådet, där man kvalitetssäkrar rutiner för Lex Maria tillsammans med CHÖL och vid behov i samråd med chefsläkare.

Gällivare genomför Suicidriskbedömningar på alla patienter inom verksamheten likaså läkemedelsgenomgångar. BHK rapporteras kontinuerligt och man kommer att fortsätta med det under 2025. Utöver detta gör verksamheten riskbedömningar inför förändringar i verksamhet med tillhörande handlingsplaner. Utbildning i suicidriskbedömning sker fortlöpande för ny personal och AT läkare. Verksamhetsområdeschef och enhetschef för en kommun deltar i framtagande av lokal suicidpreventionsplan. Under 2024 har allmänpsykiatrin i Gällivare deltagit i det nationella arbetet kring Säker suicidprevention som LÖF har. Vårdplaner är identifierade som ett förbättringsområde för 2025 likaså samverka inom divisionen för att patienten ska kunna få likvärdig vård.

Sunderbyn följer upp resultat av Gröna korset med avvikelssystemet Synergi, på de enheter där man använder sig av Gröna korset. BHK har stor förbättringspotential och resultatet ska följas upp av enhetscheferna.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Divisionens har under 2024 arbetat aktivt med att minska på beroendet av hyrpersonal. Man satsar på kompetensutveckling och insatser för att behålla medarbetare och erbjuda en kvalitetssäker vård. Införande av Med meningsfull heldygnsvård förväntas minska behovet av tvångsvård och tvångsvårdsinsatser och bidra till mer personcentrerad och trygg vård. I och med införande av SPOT ser man möjlighet till förbättrad tillgänglighet, minskat behov av heldygnsvård och en omfördelning till öppnare vårdformer.

Sunderbyn

- Digitalisering av suicidriskutbildningen – vilken är obligatorisk för samtliga medarbetare
- Eftersträvar kontinuitet avseende inhyrd vårdpersonal
- Kraftigt minskat behovet av inhyrda läkare och sjuksköterskor kommande år

Piteå

- Utbildning i suicidbedömning och dokumentation av suicidrisk.
- Rekrytering av kompetent fast personal för att öka kontinuitet och kunna minska inhyrd personal.

Öjebyn

- Suicidbedömningar. Lokal handlingsplan för suicidprevention är under revidering. Den nya lokala handlingsplanen utvecklas utifrån den läns gemensamma handlingsplanen för suicidprevention Norrbotten 2022-2030.
- Verksamheten har mycket god täckningsgrad i kvalitetsregistret RättspsyK.
- Arbete med Meningsfull Helydgnsvård påbörjades under 2024 och kommer fortsätta under 2025.
- Arbetsätt för att säkra läkemedelshantering finns.
- Fortsatt arbete med Safewards och under 2025 mer specifikt arbeta utifrån den internationella modellen för Safewards inom rättspsykiatri; Safewards secure.

Gällivare

- Under 2024 har verksamheten varit beroende av att ha inhyrda medarbetare för att klara bemanning av sjuksköterskor på slutenvården.
- verksamheten har under hela 2024 arbetat aktivt för att minska antalet inhyrda och har nu endast en inhyrd sjuksköterska.

Riskhantering

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

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelshanteringssystemet Synergi och internanalys/händelseanalys. Vid förändringar i verksamheten görs riskanalys.

Gällivares arbetar man systematiskt med risker genom analyser av avvikelser, åtgärder utifrån riskanalys och kommunikation kring arbetsmiljö på APT. Verksamheten använder sig även BRÖSET (Brøset

Violence Checklist) för att förebygga hot och våld, RESIMA (Resurser i mötet med aggression) är också del i det preventiva arbetet för att förebygga riskfyllda situationer likaså arbetet med Safewards.

Piteå har utifrån en hot och våldshändelse i klinikens entré där larmet inte fungerade, gjort en analys av händelsen. Utifrån analysen vidtog kliniken åtgärden att ha en väktare vid entrén under förmiddagar. Bemanningen i slutenvård har också varit förhöjd utifrån risk att larm inte fungerar.

Rättspsykiatrin har tagit fram en rutin för arbetsätt vid riskbedömningar för återfall i brott, HCR-20, är framtaget under 2024 och fortsatt arbete enligt rutin fortsätter under 2025. I det dagliga vårdarbetet gör riskbedömningar enligt Bröstet Violence Checklist, BVC, som är ett mätinstrument för att förutsäga våld inom 24 timmar. Vi arbetar även översyn om blanketten Suicidal Patient Observation Chart, SPOC, är ett användbart komplement i vår verksamhet för det suicidpreventiva arbetet. Inför beledsagning av patienter vid utevistelse och permissioner genomförs en riskskattning. Vid högre risk kompletteras dem med en färdplan vid beledsagad utevistelse.

Sunderbyn har pulsmöten på samtliga enheter med fokus på att hantera patientsäkerhetsfrågor.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för avvikelshanteringsprocessen och hur återkoppling ska ske till medarbetarna. Vid allvarigare händelser beslutar verksamhetschefen att händelseanalys ska genomföras. I samråd med chefsläkare beslutas om Lex Maria anmälan ska upprättas.

Sunderbyn har två anställda Patientsäkerhetssamordnare på vardera 100 % och 50 %. De arbetar utifrån ett framtaget ledningssystem för att information och kunskap ska spridas på alla nivåer i verksamheten. Patientsäkerhetssamordnarna uppmärksammar ibland avvikelser som återkommer inom enheterna och lyfter då dessa som extra viktiga att tillskapa åtgärder för och att ta lärdom av. Patientsäkerhetssamordnare har dialog med ansvarig lex Maria läkare vid allvarlig negativ händelse. Verksamheten har ökat medvetenheten av rapporteringsskyldigheten kring socialtjänstlagens 14 §.

Piteå har många avvikelser som visar att det fortsatt finns utmaningar med att göra befintliga rutiner kända. Medarbetare har uppgett att man har svårt att hitta rutiner och liknade dokument i Regionens dokumenthanteringssystem VIS (verksamhetens informationssystem). Ett arbete påbörjas under 2025 för att länka till gällande rutiner via klinikens insida.

Rättspsykiatrins arbete med avvikelser ger en bild av hur riskerna ser ut över året. Analys görs för att se om det finns risker som ökar/minskar under vissa perioder under året och om vilka risker som är återkommande. Dessutom analyseras om man ser vilka avvikelser som inte rapporteras i systemet.

Områden som man har identifierat återkommande under året inom rättspsykiatri är:

- Läkemedelshantering, administrering, ordination.
- Olåsta dörrar, öppna portar
- Larm
- Överbeläggning i samtalsrum som försvårar möjlighet för enskilda samtal med patienten.
- Avsaknad av HCR-20

Åtgärder är exempelvis: Varje avdelning har en ansvarig läkare vilket skapar kontinuitet både för patienten och vårdprocessen i stort. Förändringen har gjort vården patientsäkrare.

Avvikelser som man ser ett behov av att öka kunskap kring är rapportering vid självskada och suicidförsök.

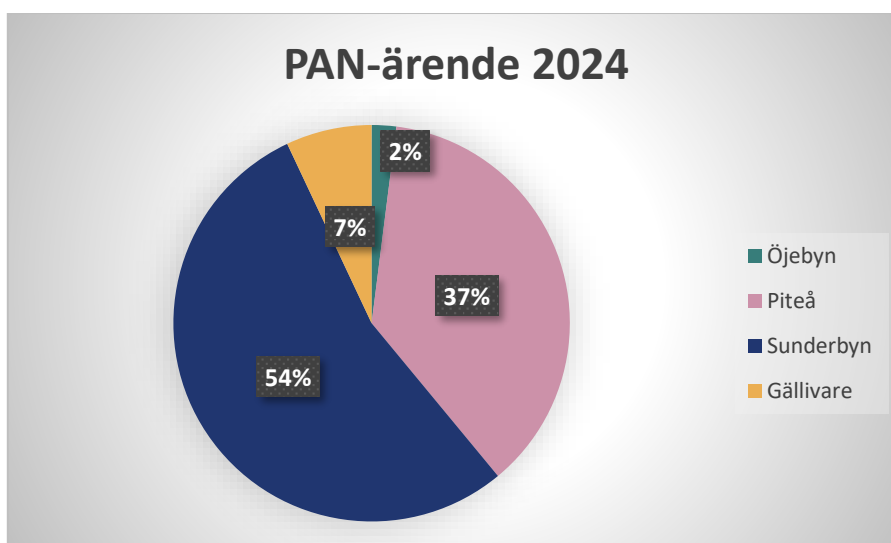
Gällivare använder sig av de avvikelshanteringssystemet synergi för avvikelshantering och analyser och arbetar aktivt med att förbättra arbetet inom verksamheten. Under 2024 har antalet avvikelser ökat markant. Det beror till största del på att statistiken för 2023 ej omfattar hela verksamhetsområdet men också på att verksamheten arbetat aktivt med att informera om vikten av att göra avvikelser och även utbildat i systemet Synergi. Exempel på avvikelser i verksamheten rör områden som intern/extern kommunikation och information och samverkan med andra aktörer. Åtgärder som lett till förbättring är uppdaterade rutiner och att göra aktuella rutiner kända för alla medarbetare. Avvikelse tas upp som en särskild punkt på APT och ledningsgrupp, med syfte att skapa förbättringar och lära av varandra. Avvikelse från andra aktörer har efter utredning lett till förbättringar i samverkan och till förbättrad kommunikation.

En uppmärksammas brist under 2024 är att avvikelser hamnar på fel enhet. Viktigt att man ser över medarbetarnas behörigheter då information om patienter hamnar på fel enhet och det i sig är en avvikelse.

Klagomål och synpunkter

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

Under perioden 2023-10-01 – 2024-09-30 har division psykiatri mottagit 88 ärenden från Patientnämnden (PaN).



Öjebyn - Patienter och närstående kan ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål via; direkt kontakt till verksamheten, 1177.se, e-tjänst på Regionens hemsida samt via Patientnämnden och IVO. Klagomål och synpunkter hanteras som en avvikelser. Under 2024 har endast 2 ärenden från patientnämnden mottagits. Färre ärenden jämfört med tidigare vilket bedöms positivt ur ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv.

Piteå - De flesta klagomål till kliniken under 2024 har handlat om väntetider. Även många förfrågningar kommer till Rådgivningen som rör väntetid, efterfrågan på insats eller vårdgaranti. Kliniken saknar till viss del resurser men även till viss del kompetens. Vi behöver fortsätta arbetet med att se över kompetensutveckling och arbetssätt.

Sunderbyn - Alla klagomål läggs in i avvikelssystemet Synergi. Klagomålen från patienterna rör framför allt bristande tillgänglighet, tillgänglighet är och kommer fortsatt att vara en nyckelfråga för verksamheten där väntelistor fortsatt växa och att delar av öppenvården har haft ett stort personaltapp. En av närpsykiatrierna i upptagningsområdet är fortsatt under omorganisation för att öka tillgängligheten och därmed patientsäkerheten, datum för detta är 241216.

Gällivare - Klagomål som inkommit under 2024 handlar om bristande kommunikation, att patienten inte känner sig delaktig i sin vård. Vidare har patienter varit missnöjda med sin behandling, önskat behandling och utredning vilket inte verksamheten kunnat möta. Några synpunkter verksamheten tagit emot är från frågeställare utan påvisad behörighet i ärendet och verksamheten har då inte kunnat svara. Verksamheten har löpande under 2024 sett över kompetensnivån samt utbildat medarbetare kontinuerligt för att kunna möta patienternas behov av behandling. Utifrån detta har Stegvis vård implementerats för att möta behovet hos patienten, digitala behandlingar och gruppterapi är även behandlingsformer som påbörjats under 2024.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Division psykiatri ska fortsätta arbeta med att kontinuerligt identifiera och analysera risker för att stärka beredskap, arbeta proaktivt och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Den absolut största utmaningen vad gäller risk för vårdskador och patientsäkerhet i stort inför kommande år är bemanning. Rekrytering av medarbetare, förändrade och utvecklade arbetssätt kommer därför att behöva tillskapas. Att erbjuda patienter att delta i behandling och utredning regionövergripande med till exempel digitala arbetssätt kommer att behöva fortsatt utveckling. Dessutom kommer samarbetet mellan division Nära och division Psykiatri att utveckla en gemensam plan i och med Nära vård-omställningen. Detta kommer att göras i linje med arbetssättet Stegvis vård. Stegvis vård innebär att anpassa behandlingens intensitet efter patientens behov. Det innebär att vården börjar med de minst intensiva

insatserna och ökar gradvis om patienten inte svarar på den initiala behandlingen. Några viktiga aspekter av stegvis vård är; anpassning efter behov, effektiv resursanvändning, kontinuerlig utvärdering och minskad risk för överbehandling. Genom dessa principer bidrar stegvis vård till att förbättra patientsäkerheten genom att säkerställa att varje patient får rätt vård vid rätt tidpunkt, vilket förväntas minska risken för vårdskador och förbättrar vårdkvaliteten.

Sunderbyn kommer i stort sett att fortsätta med samma målområden som under 2024. Stort fokus kommer att ligga på att följa upp handlingsplaner som är upprättade kopplat till händelseanalyser för att tillse att åtgärderna blir genomförda. Fortsatt arbete och implementering av stegvis vård i den psykiatriska öppenvården och samarbete med primärvården förväntas öka tillgängligheten för patienterna. Arbetet med ett minskat beroende av hyrpersonal fortsätter, för att öka patientsäkerhet och kontinuitet. Fortsatt suicidutbildning för personal i linje med handlingsplanen för suicidprevention fortsätter. Dessutom kommer brukarsamverkan fortsätta vara en viktig del i arbetet inom både öppen- och slutenvård.

Piteå har påbörjat och kommer att fortsätta arbeta med att tillskapa ett patientsäkerhetsteam. Detta förväntas innebära en bättre struktur och medvetenhet kring patientsäkerhetsarbetet inom verksamhetsområdet som kan medföra en bättre patientsäkerhetskultur. Gröna korset ska implementeras på alla enheter och man kommer att fortsätta med PPM och BHK som tidigare. För att fånga upp hur det nya arbetssättet med Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) påverkar patientsäkerheten kommer man bland annat utforma patientenkäter som del av en utvärdering av SPOT.

Rättspsykiatrin kommer att fortsätta arbeta med markörbaserad journalgranskning och skapa en tvärprofessionell arbetsgrupp som grund för granskningen. Man kommer återkommande att bjuda in gästgranskare för att öka förståelsen och kunskapen om granskningen samt anpassa granskningen mot verksamhetens uppdrag, lokala rutiner och riktlinjer. Arbetet pågår med att fortsätta utveckla avvikelshanteringsprocessen. Årliga patientsäkerhetsronder kommer att fortsätta genomföras. Man arbetar för att öka patientdelaktigheten med regelbundna patientråd och återkommande patientenkäter inom verksamheten. Införandet av gröna korset kommer att prioriteras.

En översyn av vad chefer och nyckelpersoner kan göra för att den rättspsykiatriska vården ska bli mer kunskapsbaserad och jämlik ska genomföras. Dessutom ska man öka arbetet med de nationella vård och insatsprogrammen, utveckla systematiskt kvalitetsarbete och fortsätta utveckla vården mot ett personcentrerat arbetssätt.

Gällivare kommer under 2025 att arbeta tillsammans med handläggare för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamheten kommer arbeta mer personcentrerat både inom slutenvården och öppenvård. Fokus kommer att vara på att arbeta mot en meningsfull slutenvård där patienten är i fokus och verksamheten arbetar personcentrerat. Inom öppenvården kommer fokus vara patienten väg genom verksamheten och behandlingssinnehåll.