



Inspektionen för vård och omsorg

Avdelning syd  
Jill Franssohn  
jill.franssohn@ivo.se

**BESLUT**

2015-07-30 Dnr 8.5-7644/2014-21

1(8)

Vårdgivarens dnr 1500855

Region Skåne  
291 89 KRISTIANSTAD

**Ärendet**

Tillsyn av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete vid den allmänpsykiatriska slutenvården i Malmö.

**Beslut**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet med kritik.

IVO kommer att inleda en särskild, uppföljande tillsyn av verksamhetsområde Malmö psykiatri under ett års tid.

**Skälen för beslutet**

IVO bedömer att Region Skåne har brustit när det gäller att förebygga att patienter drabbas av vårdskada inom den psykiatriska slutenvården vid verksamhetsområde Malmö. IVO ser allvarligt på bristerna i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

***Utredning av händelser***

IVO bedömer att händelser i verksamheten inte har utretts på ett sådant sätt att de kunnat utgöra ett underlag för beslut om åtgärder. Att vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada framgår av 3 kap. 3 § patient-säkerhetslagen (2010:659), PSL. Syftet med utredningen ska vara att vårdgivaren så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder.

Enligt IVO har vårdgivaren inte heller gett patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet såsom framgår av 3 kap. 4 § PSL.

***Åtgärder och uppföljande kontroll av åtgärdernas effekt***

IVO bedömer att det är en allvarlig brist att vårdgivaren inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador såsom framgår av 3 kap. 2 § PSL trots upprepade händelser och påpekanden från IVO. Av inkomna lex Maria-anmälningar och inspektioner framkommer att tidigare brister kvarstår.

IVO bedömer att vårdgivarens egenkontroll inte har varit tillräcklig utifrån de kända brister som framkommit tidigare och i samband med det stora antalet allvarliga händelser som inträffat i slutenvården. Verksamhetens journalgranskning visade att andelen självmordsriskbedömningar var betydligt lägre inom slutenvården än inom öppenvården. Enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska egenkontroll göras i den frekvens och den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontroll innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

IVO anser dessutom att vårdgivaren brustit i att säkerställa att personalen arbetar enligt verksamhetens rutiner såsom framgår av 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9. I verksamhetens internutredningar framkommer att personalen återkommande inte följde de PM och styrande dokument som angav hur vården ska bedrivas. Vårdgivaren konstaterar att följsamheten till rutiner har brustit.

### *Risakanalys*

IVO bedömer att det är en allvarlig brist att vårdgivaren inte fortlöpande har bedömt om det funnits risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Trots allvarliga händelser och tidigare kända risker bland annat kopplade till bemanning inom slutenvården föranledde det inte en fördjupad riskanalys inför sommaren 2014. Av 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande dvs. att denne arbetar förebyggande.

### *Föreläggande*

Vårdgivaren har efter IVO:s beslut om föreläggande den 10 mars 2015 vidtagit och planerat åtgärder för att förbättra det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid den psykiatriska slutenvården i Malmö. IVO avslutar mot den bakgrunden ärendet med dnr 8.7.1-6705/2015.

### **Bakgrund och beskrivning av ärendet**

IVO inledde en tillsyn av verksamhetsområde Malmö psykiatri i mars 2014. Syftet med tillsynen var att granska på vilket sätt vårdgivaren

bedrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom verksamheten. Anledningen var antalet dödsfall som skett under en kort tidsperiod vid den allmänpsykiatriska slutenvården. Det rörde självmord eller misstänkta självmord under pågående slutenvård, under permission från slutenvård eller i nära anslutning till utskrivning från slutenvård.

Vid inspektion den 1 april 2014 presenterade IVO en kortfattad sammanställning av de brister i vården som verksamheten hade identifierat i samband med dödsfallen och de åtgärder som framgått av verksamhetens internutredningar. IVO tydliggjorde att ett flertal brister på verksamhetsnivå var återkommande och att bristerna även hade förekommit i tidigare ärenden. IVO framförde även att ett flertal av de redovisade riskförebyggande åtgärderna var återkommande.

IVO genomförde totalt sju inspektioner kopplade till verksamhetens slutenvård under 2014. I samband med inspektionerna framförde IVO bl.a. att verksamhetens internutredningar är ofullständiga, att det var oklart hur verksamheten tog lärdom av händelser som inträffade, att tillräcklig analys saknades i de enskilda händelserna och att verksamheten i sina internutredningar angav likartade identifierade orsaker och åtgärder.

Vid en inspektion den 10 juli 2014 konstaterade IVO att bemanningssituationen på en avdelning medförde en ökad risk för patientsäkerheten (ärende med dnr 8.5-19894/2014). IVO meddelade verksamhetsledningen att myndigheten kunde komma att fatta ett omedelbart beslut om åtgärder i frågan. Verksamheten vidtog omedelbara åtgärder för att förstärka bemanningen och säkerställa kontinuitet på aktuell avdelning. IVO bedömde åtgärderna som tillräckliga efter en uppföljande inspektion den 18 juli 2014.

Ytterligare självmord inträffade 2014 under pågående eller i nära anslutning till psykiatrisk slutenvård inom verksamheten. Vid ett tillsynsmöte hos IVO den 9 december 2014 framförde IVO att de såg allvarligt på bristerna i verksamheten och att vårdgivaren inte fullgjorde sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL. IVO påtalade att det krävdes kraftfulla åtgärder och arbete i verksamheten för att förebygga vårdskador. Vårdgivaren framförde bl.a. att några riskanalyser utifrån patientsäkerhetsrisker inte hade genomförts i verksamheten. Riskanalyser hade gjorts i samband med verksamhetsförändringar.

Av vårdgivarens yttrande den 14 januari 2015 över mötesprotokollet från den 9 december 2014 framkom bl.a. att allvarliga händelser hade tagits upp på verksamhetsområdets ledningsmöte vid nio tillfällen

under 2014. Diskussioner om patientfall hade skett vid flera tillfällen. Allvarliga händelser hade tagits upp i samband med ett ledningsinternat i juni 2014 och även lyfts upp på övergripande läkarmöten och internat för läkare. Ett flertal möten med genomgång av allvarliga händelser hade genomförts med personal på en avdelning. PM och styrande dokument hade reviderats löpande. Nya riktlinjer för självmordsriskbedömningar hade tagits fram. Läkarna hade som stöd medicinska rutiner, vårdprogram och riktlinjer för rondarbete.

Vidare framkom av yttrandet att verksamheten hade genomfört strukturerade förändringar med teamledare på vissa avdelningar samt infört vårdplatskoordinatorer. Verksamheten hade även utökat antalet kuratorer inom slutenvården som skulle vara behjälpliga med samordnad vårdplanering och sociala problem. Patienter från slutenvården kunde slussas ut via dagvård och gruppbehandlingar mot ångest fanns inom dagvården. Vårdprocesser fanns utarbetade vid Affektivt centrum och Beroendecentrum med beaktande av patientsäkerheten. Patientnämnden hade medverkat vid verksamhetsområdets ledningsmöte. Verksamhetsområdet genomförde patientsäkerhetsronder och mätning av patientsäkerhetskulturen hade genomförts 2013. Avseende egenkontroll sker journalgranskning löpande. Riskanalys utifrån patientsäkerhet hade genomförts inom verksamhetsområdet 2013 och 2014. Slutligen framkom att en riskanalys skulle göras med anledning av återkommande allvarliga händelser av samma karaktär inom slutenvården.

Den 3 mars 2015 fattade IVO beslut om ett föreläggande med dnr 8.7.1-6705/2015 med stöd av 7 kap. 24 § PSL. Föreläggandet innebar att Region Skåne skulle säkerställa att allmänpsykiatrins slutenvård, verksamhetsområde Malmö, Skånevård Sund:

- Utreder händelser i verksamheten på så vis att de kan utgöra en del i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete och utgöra underlag för beslut om åtgärder.
- Kontrollerar att vidtagna åtgärder får den effekt som avses.
- Fortlöpande gör riskanalyser för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och medföra brister i verksamhetens kvalitet.

IVO förelade dessutom Region Skåne att senast den 5 maj 2015 skulle komma in med en redovisning enligt ovan för att säkerställa att verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete bedrivs i enlighet med 3 kap. 1-4 §§ PSL och 5 och 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter

och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Den 6 maj 2015 inkom vårdgivaren med en redovisning av vidtagna och planerade åtgärder inom den psykiatriska slutenvården vid verksamhetsområde Malmö. IVO begärde vid ett tillsynsmöte den 23 juni 2015 vårdgivarens förtydligande kring utredning av händelser, kontroll av att vidtagna åtgärder får effekt och riskanalyser.

Av vårdgivarens svar på föreläggande i ärende med dnr 8.7.1-6705/2015 framkom, utöver tidigare information om åtgärder, följande:

#### *Utredning av händelser*

- Verksamhetschef, enhetschef och områdeschef deltar från början i utredningsprocessen i samband med allvarliga händelser. De utgör ett team som direkt griper tag i situationen. Verksamhetsledningen går därefter igenom händelsen, identifierar orsaker och utarbetar åtgärdsförslag. Beslut om åtgärder förs in i avvikelssystemet. Vid stora utredningar ska uppföljningsmöte planeras. Vårdgivaren menar att förändringarna vid utredning av händelser är en paketslösning som bidrar till en kulturförändring samt att flera personer från divisionsledningen är engagerade.
- Verksamhetschef och områdeschefer går igenom händelser och kan direkt ta beslut om akuta åtgärder.
- Chefssjuksköterskan och en administratör går regelbundet igenom de avvikelser som registrerats inom Psykiatri Skåne. Inkomna allvarliga avvikelser tas upp med divisionschefen och chefläkaren.
- Vid behov deltar även andra funktioner från divisionsledningen. Beroende på avvikelserns art kan och tas beslut om direkta åtgärder vid berörd verksamhet.
- Patienter och närståendes synpunkter ska förtydligas i verksamhetens internutredningar. Synpunkterna kommer även att registreras i vårdgivarens avvikelssystem.
- Vid varje allvarlig händelse görs en händelseanalys av ett utomstående team. Händelseanalysen dokumenteras i Nitha.

#### *Kontroll och uppföljning av vidtagna åtgärder*

- Avstämningar mellan divisionsstaben och staben för varje verksamhetsområde sker regelbundet varje månad. Även HR-

och ekonomifunktioner från verksamhets- och divisionsnivå deltar. Verksamhetschefen återför det som är aktuellt inom verksamhetsområdet bland annat resultat av den journalgranskning som pågår i Malmö. Vid dessa möten planeras direkta åtgärder i verksamheten utifrån vad som framkommer.

- Ett speciellt journalgranskningsteam bestående av chefsöverläkare och en sjuksköterska med uppdrag som patientsäkerhetshandläggare och verksamhetsutvecklare, har i uppdrag att granska samtliga journaler inom den allmänpsykiatriska slutenvården i Malmö. Granskningen har fokus på dokumentation, läkarbedömningar, självmordsrisksbedömningar i samband med permissioner och utskrivningar. Återkoppling till avdelningarna ska ske direkt.
- Områdeschef och enhetschef ska undersöka och vidta åtgärder om det finns förhållningssätt/kompetensbrist hos medarbetare som varit inblandade i allvarliga händelser som kan ha lett till brister i verksamhetens kvalitet.

#### *Riskanalyser*

Vårdgivaren framför att det på förvaltningsnivå görs riskanalyser vid alla förändringar i verksamheten.

I Malmö har flera riskanalyser utförts såsom riskanalys inför sommaren 2015, riskanalys kring utnyttjande av permissionsplatser och riskanalys utifrån det stora antalet självmord som skett i anslutning till slutenvården.

Vårdgivaren framför att det finns en koppling mellan det som framkommit i den riskanalys som rör självmord inom slutenvården i Malmö och det som framgår av vårdgivarens handlingsplan.

#### *Övriga förbättringsåtgärder*

- En kollegial revision kommer att ske som en punktinsats för att granska medicinska rutiner och arbetssätt inom verksamheten.
- Representanter från patientföreningar medverkar i patientsäkerhetsarbetet genom att delta i patientsäkerhetsmöten.
- Introduktionsprogram för nyanställda har förtydligats.
- Kompetenshöjande insatser riktade mot all personal pågår fortlöpande.
- Chefsöverläkare kommer tillsammans med psykolog från Affektivt centrum gå igen självmordsriskbedömningar på

samtliga avdelningar och läkarmöten. Nytt dokument kring självmordsriskbedömningar är framtaget.

- En arbetsgrupp är tillsatt med syfte att förbättra slutenvården.
- Klinikdagar kring bemötande som riktat sig till all personal har genomförts.
- Pulstavlor och pulsmöten introduceras på avdelningarna.
- Gå-rond kommer att införas en gång i veckan så läkaren kort träffar alla patienter utöver planerade samtal.
- Medicinska sekreterare kommer att närvara vid ronder för att dokumentera beslut som fattas i patientens journal.
- En arbetsgrupp har startats för att kontinuerligt utveckla patientsäkerhetsarbetet. Den består av chefsöverläkare och två verksamhetsutvecklare och patientsäkerhetshandläggare.
- Det finns en åtgärdsplan på divisionsnivå inför sommaren 2015.
- Ett övergripande uppföljningssystem med kvalitetsindex är installerat och är lättillgängligt på enhetsnivå med syfte att åstadkomma en kulturförändring. Man kan jämföra olika parametrar på den egna enheten med andra enheter.
- Patientsäkerhetsrond genomförs en gång om året på varje enhet. Medarbetare och verksamhetsledning är närvarande.
- Verksamhetsledningen arbetar intensivt med bemanningsfrågor avseende läkare, sjuksköterskor och övrig personal. Bemanningsfrågan tas regelbundet upp på verksamhetens ledningsmöte.

#### *Underlag*

- Inspektioner den 1 april och 9 december 2014.
- Vårdgivarens sammanställning av resultat från journalgranskning under 2013 vid tre slutenvårdsavdelningar i Malmö.
- Patientsäkerhetsberättelse 2013 för vuxenpsykiatri i Malmö.
- Rapporterade avvikelser under 2013 från tre allmänpsykiatriska slutenvårdsavdelningar i Malmö.
- Verksamhetens riktlinjer kring rondarbete, checklista och lokalt vårdprogram för omhändertagande av självmordsnära patienter.
- Vårdgivarens yttrande över inspektionsprotokoll upprättat efter inspektionen den 9 december 2014.

- Vårdgivarens skriftliga svar den 6 maj 2015 och muntliga svar vid tillsynsmöte den 23 juni 2015 på föreläggande i ärendet med dnr 8.7.1-6705/2015.
- Riskanalys ”Suicid i Malmö” och riskanalys ”Sommar 2015”.

---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Christina Carlsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Lena Björkgren och Victor Johansson deltagit. Inspektören Jill Franssohn har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Christina Carlsson



Jill Franssohn