

# Patientsäkerhetsberättelse för *Norra Stockholms psykiatri*

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-17 Hanna Edberg, chefsöverläkare

---

## **Innehållsförteckning**

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER</b>	<b>2</b>
<b>ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET</b>	<b>2</b>
<b>STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING</b>	<b>3</b>
<b>HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET</b>	<b>4</b>
<b>UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL</b>	<b>6</b>
<b>SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR</b>	<b>7</b>
<b>RISKANALYS</b>	<b>7</b>
<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN</b>	<b>8</b>
<b>HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL</b>	<b>8</b>
<b>SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE</b>	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR</b>	<b>13</b>

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet vid Norra Stockholms psykiatri, NSP, omfattar hantering av klagomål, avvikelshantering, internutredningar, riskanalyser samt kvalitetsförbättrande åtgärder i verksamheten. Kliniken lägger stor vikt vid ett verksamhetsnära arbete där enheterna involveras i patientsäkerhetsarbetet och får god återkoppling efter utredningar och riskanalyser.

Inom kliniken använder vi avvikelserapportering som en central del i förbättringsarbetet, och antalet avvikelser har fortsatt öka under året. Att medarbetarna rapporterar avvikelser och risker ger kliniken möjlighet att på ett strukturerat sätt arbeta förbyggande och riskpreventivt. Vi har utrett tillbud och negativa händelser genom internutredningar och riskanalyser. Antalet internutredningar har fortsatt öka även i år, jämfört med föregående år.

Egenkontroll har skett i form av journalgranskning, inrapportering till kvalitetsregister, patient- och medarbetarenkäter, samt kontinuerlig granskning av tvångsvården. Även i verksamheten sker egenkontroll kontinuerligt genom inhämtning av information från patienter och anhöriga i samband med patientforum. Verksamheten har sedan flera år tillbaka ett stort fokus på utbildningsinsatser inom suicidpreventivt arbete.

Resultatmässigt kan konstateras att kliniken helt eller delvis har uppfyllt de mål som ställdes för verksamhetsåret. Patientsäkerhetsarbetet blir successivt alltmer integrerat i den kliniska verksamheten vilket är mycket positivt. Att ständigt arbeta med att uppmärksamma och rapportera risker, det vill säga att stimulera medarbetarna att rapportera potentiella risker redan innan de orsakat konkreta händelser, bedöms vara av vikt för ett preventivt och välfungerande arbete. Detta arbete förutsätter att verksamheten har högt i tak samt god kontakt och öppen kommunikation mellan olika verksamhetsgrenar. Tät kontakt mellan patientsäkerhetssamordnare, chefer och klinikledning är en annan förutsättning som bidrar till öppet och inkluderande klimat. I syfte att öka medarbetarnas inkludering i patientsäkerhetsarbete ska ytterligare insatser initieras under året .

## Övergripande mål och strategier

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

Målet för patientsäkerhetsarbetet vid NSP är att det ska genomsyra verksamheten i alla led. En utgångspunkt är att erbjuda vård med god tillgänglighet som är patientsäker och jämlik. Befintliga ledningssystem ska stödja medarbetarna och möjliggöra att såväl direkt kliniskt patientarbete som förbättringsprojekt och organisationsförändringar sker så säkert och strukturerat som möjligt.

Målen för föregående år var:

- Att integrera förbättringsarbeten och utvecklingsarbeten med klinikens patientsäkerhetsarbete – genom regelbundna möten med patientsäkerhetssamordnare samt deltagande i ledarskapsdagar och inspirationsföreläsningar.
- Förbättra återkoppling och samarbete med enheterna i samband med ärendehantering som görs av patientsäkerhetsrådet – genom tydligare strukturer för återkoppling och uppföljning. Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare tar bland annat personlig kontakt med alla enheter för att se hur återkoppling och uppföljning fungerat.
- Tryggare och säkrare tvångsvård – genom översyn av organisationsstrukturen för Bergenutbildningar. Obligatorisk Bergenutbildning för samtliga medarbetare. Införande av lokala Bergenrepresentanter inom heldygnsvård.
- Förbättra innehållet i uppföljningssamtalen efter tvångsåtgärd – genom utbildning och presentationer på ledarskapsdagar och inspirationsdagar.
- Utveckla patienternas delaktighet i sin egen vård – genom fokus på kvalitet och samråd med patienter i vårdplaner.
- Öka verksamhetens kompetens inom markörbaserad journalgranskning – genom att fler medarbetare utbildas och kontinuerligt arbetar med metoden.

Dessa mål har helt eller delvis uppfyllts.

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

**Verksamhetschefen** har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten och organiserar detta arbete på lämpligt sätt i verksamheten. Den enskilde medarbetaren ska ha kunskap om patientsäkerhetsfrågor och känna till relevanta rutiner och riktlinjer. Samtliga medarbetare har skyldighet att reagera och rapportera när avvikelser inträffar eller riskerar att inträffa.

**Avvikelser** rapporteras i systemet HändelseVis. Avvikelse rapporter handläggs och analyseras av berörd enhetschef och/eller medicinskt ansvarig läkare (MAL), som vid behov kan vidarebefordra ärenden till sektions- eller kliniknivå.

**Enhetschef, MAL** och **sektionschef** ansvarar för att rutiner implementeras och efterföljs och att återkoppling av risker eller tillbud sker kontinuerligt på enheten.

NSP ingår i Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) som är vårdgivaren. Det är formellt chefläkaren som beslutar om och gör Lex Mariaanmälningar. Som regel fattas detta beslut i nära dialog med NSPs patientsäkerhetsråd.

**Patientsäkerhetsorganisationens** struktur beskrivs vidare nedan.

I syfte att uppnå ett förbättrat flöde i patientsäkerhetsarbetet har kliniken valt att organisera hanteringen av patientsäkerhetsfrågor med utgångspunkt i två fokusområden: patientsäkerhet och suicidprevention. Patientsäkerhetsrådet är en övergripande strategisk instans.

### **Patientsäkerhetsrådet**

Patientsäkerhetsrådet består av ett tvärprofessionellt team som består av olika yrkesgrupper och funktioner på kliniken. Patientsäkerhetsrådet ska vara ett rådgivande organ, identifiera återkommande händelser och risker, lägga fram riktlinjer för strategiskt förbättringsarbete och ge regelbunden återkoppling till klinikledningen. Rådets syfte är också att utarbeta strategier för klinikkens övergripande patientsäkerhetsarbete, med fokus på proaktiva och förebyggande åtgärder. Rådet för statistik över avvikelser och inkomna klagomålsärenden.

### **Patientsäkerhetsgruppen**

Gruppen består av den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren (sammankallande) och representanter från klinikkens sektioner. Gruppen genomför internutredningar, händelseanalyser och riskanalyser samt kan på förfrågan av sektionschef bistå enheterna vid avvikelserapporthantering.

### **Suicidpreventiva gruppen**

Den suicidpreventiva gruppen har särskilt fokus på och ansvar för preventivt arbete och utbildning samt stöd till närstående efter suicid. Gruppen involveras i patientsäkerhetsgruppens arbete i frågor om suicid och konsulteras ofta av andra verksamheter i komplicerade suicidärenden. Den består av klinikkens chefsöverläkare, som är sammankallande, och särskilt utvalda medarbetare med kompetens i bedömning av suicidrisk, stöd till närstående och personal efter suicid.

Gruppen ansvarar också för att bedöma suicidrisk vid förfrågan från klinikkens enheter, eller andra enheter inom Verksamhetsområde psykiatri Stockholm. Vidare genomför gruppen psykologiska och retrospektiva genomgångar med personal efter suicid.

**Hälso- och sjukvårdspersonalen** – utgör det viktigaste ledet för att förhindra vårdskador. Personalen ansvarar enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) för att risker och avvikelser anmäls till vårdgivaren. Risker och avvikelser rapporteras inom Stockholms läns landsting i systemet HändelseVis.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Inträffade vårdskador och andra typer av avvikelser som upptäckts av personal rapporteras och kategoriseras i avvikelssystemet HändelseVis, varifrån statistik kan sammanställas.

När en avvikelserapport är färdighandlagd, det vill säga analyserad med avseende på underliggande orsak och lämpliga korrigerande åtgärder återkopplas analysen alltid till rapportören och i flertalet fall även medarbetarna på enheten i samband med APT. Avvikelserapporter som bedöms särskilt angelägna eller av relevans för en bredare del av verksamheten förs vidare i patientsäkerhetsorganisationen.

Patientsäkerhetsgruppen ansvarar för att sammanställa statistik över avvikelser och rapporterar vidare till patientsäkerhetsrådet, som ansvarar för strategiska beslut avseende klinikövergripande åtgärder.

När vårdskada bedöms ha inträffat informeras patienten i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Patient och anhöriga skall i största möjliga mån involveras i utrednings- och förbättringsarbetet. NSPs skriftliga rutiner för hur avvikelser och vårdskador

skall hanteras finns tillgängliga för samtliga medarbetare i dokumenthanteringssystemet Dokumenta.

Om vårdskadan kan misstänkas vara allvarlig, informerar patientsäkerhetsrådet chefläkare på SLSO, för vidare ställningstagande till Lex Maria-anmälan.

Den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren har under 2019 fortsatt öka det proaktiva arbetet med riskinventering samt uppföljning och utvärdering av utredningar/ärenden/avvikelser.

Kliniken genomför under 2019 markörbaserad journalgranskning. Resultat av granskningen återkopplas löpande under året via linjeorganisationen ut till alla enheter.

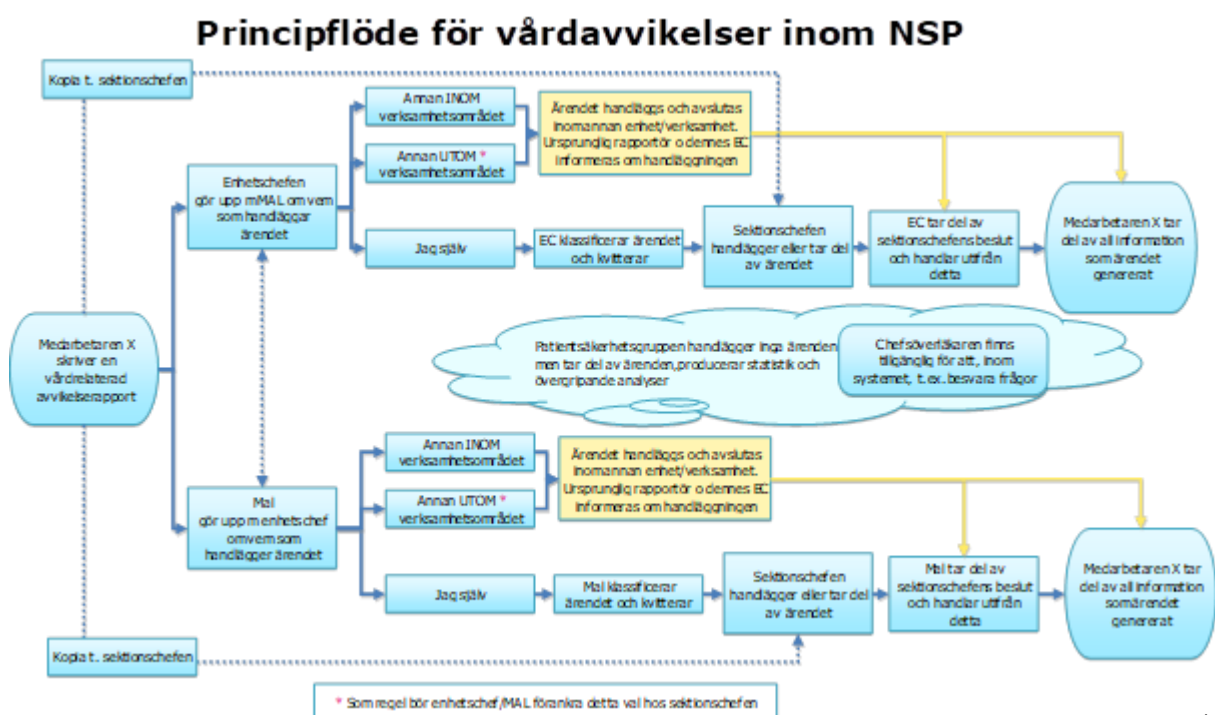
## Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

### Avvikelsehantering

Processen för avvikelserapportering är väsentligen oförändrad sedan flera år. All personal har skyldighet att rapportera observerade risker, tillbud eller negativa händelser i verksamheten. Rapportering av avvikelser sker enligt klinikkens rutin i systemet HändelseVis och enhetschef/MAL handlägger primärt avvikelserapporten. Återkoppling av ärenden sker direkt till rapportören och på enhetsnivå via arbetsplatsträffar. I det fall avvikelsen är av återkommande karaktär eller rör sektion- eller klinikövergripande frågor underställs analysen sektionsschefen för vidare utredning och återkoppling (V.g. se Fig. 1 Principflöde för vårdavvikelser inom NSP). Om man på enheten/sektionen bedömer att det rör sig om en vårdskada ska detta hanteras på vederbörligt vis enligt Patientsäkerhetslagen. Vid misstanke om att det uppstått risk för eller inträffat en allvarlig vårdskada informeras patientsäkerhetsrådet och ärendet kommer handläggas vidare i samråd med chefläkare på SLSO.

HändelseVis erbjuder möjligheter att följa flödet av avvikelser på enhets-, sektion- och klinikknivå. Denna statistik kan ge anledning att följa eller analysera en viss typ av avvikelser närmare, till exempel genom riskanalys.



## **Fig. 1. Principflöde för vårdavvikelse inom NSP**

### **Anmälan och internutredning enligt Lex Maria**

När en händelse inträffat som har eller kunde ha medfört en allvarlig vårdskada ska en anmälan enligt Lex Maria underställas IVO.

En allvarlig vårdskada definieras som en vårdskada som är bestående och ej ringa eller som medfört ett väsentligt ökat vårdbehov eller lett till att patienten avlidit.

Chefläkare på SLSO fattar efter rapport från patientsäkerhetsrådet, chefsöverläkare eller verksamhetschef beslut om Lex Mariaanmälan.

Till en Lex Mariaanmälan bifogas alltid en internutredning från verksamheten som på NSP sammanställs av klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare och godkänns av verksamhetschef. Ibland kompletteras utredningen även med en händelseanalys. IVOs beslut enligt Lex Maria underställs berörda medarbetare och linjechefer samt patientsäkerhetsrådet.

### **Säkerhetsrund/riskinventeringar**

Övergripande riskinventeringar genomförs årligen på enheterna inom heldygns- och öppenvården. Inom heldygnsvården genomförs personal säkerhetsrund två gånger per dag för att upptäcka och undanröja risker i miljön, såsom förekomst av potentiellt farliga föremål.

### **Hot- och våldsprevention**

Hot- och våldsprevention enligt Bergenmodellen är ett etablerat arbetssätt inom heldygnsvården sedan ett flertal år. Arbetssättet bedöms ha stor betydelse för patientsäkerheten, där ett förebyggande förhållningssätt kan bidra till att minska antalet våldsincidenter och tvångsåtgärder. Alla nyanställda genomgår grundutbildningen och ett stort antal repetitionsutbildningar har arrangerats under året. Utbildningen ger också grundläggande kunskap om tvångslagstiftningen.

Under året har följande utbildningstillfällen genomförts:

Fem grundutbildningsomgångar (fyradagarskurs för nyanställda och för personal som behöver repetera) varav en gemensam med beroendecentrum Stockholm samt fyra endagarskurser för sommarvikarier. 44 nattworkshops/repetitionstillfällen/workshops (praktisk träning efter genomförd utbildning) har erbjudits med 10 personer per tillfälle. Omkring 40 % av tillsvidareanställd personal har genomfört praktisk träning i omhändertagande enligt Bergenmodellen.

De ansvariga för Bergenutbildningen inom NSP genomgår kontinuerlig fortbildning, vilket består av gemensamma fortbildningsdagar tillsammans med andra kursledare i Stockholm samt en endagsutbildning med föreläsningar och information.

### **Suicidpreventivt arbete**

Inom NSP finns sedan länge en suicidpreventiv grupp som arbetar aktivt med suicidprevention genom att handleda, stödja och utbilda personal i suicidfrågor. Gruppen har också utarbetat kliniskt användbara rutiner för bedömning av suicidrisk och vårdplanering som tar hänsyn till suicidrisk, stöd till närstående före och efter suicid samt stöd till personal efter suicid. Dessa rutiner ligger till grund för ett övergripande arbete inom Verksamhetsområde psykiatri där rutinerna omarbetas till kliniskt användbara riktlinjer. En central suicidpreventiv grupp har bildats och syftet är att suicidprevention och stödinsatser till närstående och personal inom verksamhetsområdet ska bedrivas jämlikt.

Stöd till personal efter suicid är en förutsättning för ett effektivt förbättringsarbete inom suicidprevention. Under 2019 har medlemmar från NSP:s suicidpreventiva grupp utbildat medarbetare från samtliga landstingsdrivna verksamheter i Stockholms län i Retrospektiv genomgång, som genomförs i syfte att personal ska lära sig av suicid som inträffar. Ett nätverk av utbildade personer har bildats som ska kontaktas vid varje suicid som sker inom

verksamhetsområdet. I utbildningen ingår att nyutbildade personer följer med när erfarna personer leder en genomgång för att så småningom själva kunna ta det ansvaret. Flera genomgångar enligt denna modell har hållits under 2019. Inom NSP har en ny rutin implementerats som innebär att varje enhetschef har möjlighet att kontakta Mobila Akutenheten när ett suicid har inträffat för att säkerställa att både närstående och medarbetare omgående får det akuta stöd som de har rätt till. Utvald personal från MAE har genomgått en utbildning i psykologiska genomgångar som gavs av medlemmar i den suicidpreventiva gruppen och utför nu dessa genomgångar med stöd via regelbunden handledning av överläkare i gruppen.

Under år 2019 har den suicidpreventiva gruppen inom NSP haft individuella kontakter med närstående och personal och genomfört psykologiska och retrospektiva genomgångar med personal vid inträffade suicid i hela verksamhetsområdet. Överläkare i gruppen handleder regelbundet personal i arbetet med högsuicidala patienter, både inom NSP och andra verksamheter, och arrangerar utbildningstillfällen i suicidriskbedömning och samtalsmetodik i mötet med den som inte orkar leva i hela verksamhetsområdet samt vid Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet, primärvård och andra somatiska enheter samt privata vårdgivare inom psykiatri med flera. Suicidpreventiva gruppen samarbetar med SKR, Socialstyrelsen, Svenska psykiatriska föreningen, NASP, Folkhälsomyndigheten, Löf, SLS, MIND, SPES, Suicide Zero, NSPH, Hjärnkoll och andra ideella organisationer för att främja ett konstruktivt suicidpreventivt arbete på bred front.

## **Uppföljning genom egenkontroll**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

En välfungerande egenkontroll är ett viktigt sätt att granska verksamheten och säkerställa dess kvalitet. Under 2019 har NSP genomfört eller deltagit i egenkontroll på följande sätt:

- Rapportering i kvalitetsregistren Bipolär, ECT-registret, PsykosR och BUSA. Kvalitetsregistren ger möjlighet att utvärdera verksamhetens följsamhet till vårdprogram och behandlingsrekommendationer.
- Inhämtande av information om medarbetarnas uppfattning om verksamheten via den årliga medarbetarenkäten. Resultaten behandlas av sektions- och/eller klinikledningen och återkopplas i samband med arbetsplatsträffar.
- Inhämtande av information från patientenkäter i öppen- och heldygnsvård.
- Veckovis utskick till LPT-controller med statistik över tvångsvårdsbeslut. Uppgifterna sammanställs på halvårsbasis och presenteras för klinikledningen. Avvikelser eller förändringar i omfattningen av tvångsvårdsbeslut observeras särskilt.



## Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

### Klinikgemensamma internutredningar

Den psykiatriska vården inom SLSO består av flera kliniker, och inte sällan har patienter kontakt med mer än en klinik. Under året har flera internutredningar genomförts i samarbete mellan två eller flera kliniker och/eller privata vårdgivare, i syfte att följa patientens färd genom vårdapparaten och bättre belysa strukturella svårigheter. Målet var att dessa samarbeten skulle öka under 2019, som en följd av den nya lagstiftningen kring klagomålshantering och IVOs förändrade uppdrag. Under 2019 har gemensamma utredningar skett med bland annat, Psykiatri Södra, Beroendecentrum Stockholm och Praktikertjänst samt med Habiliteringen in om SLSO.

### Samverkan privata vårdgivare

Några av mottagningarna inom Norra Stockholms upptagningsområde har övergått i privat regi. Därutöver sker täta interaktioner med vårdgivaren Capio vid S:t Görans sjukhus, då patienter ofta har behov av vård på båda ställen. I syfte att underlätta för samarbetet och minska risken för att patienter kommer i kläm mellan olika vårdgivare hålls regelbundet samverkansmöten.

### Samverkan Beroendecentrum Stockholm

Företrädare för akutsektionerna vid Norra Stockholms psykiatri och Beroendecentrum Stockholm träffas regelbundet ungefär en gång per månad för att gå igenom avvikelser, se över specifika ärenden och uppdatera samarbetsrutinen. Rutinen styr hantering av akuta patienter med såväl substansbrukssyndrom som psykiatrisk sjuklighet. Målet är att dessa ärenden ska hanteras på ett strukturerat och resurseffektivt sätt, där patienterna i minsta möjliga utsträckning ska "flyttas runt" utan istället ges adekvat vård på rätt plats. Samverkan har även under 2019 skett med gemensamma internutredningar.

### Rapportering enligt SBAR

Informationshantering och informationsöverföring utgör riskområden och det är inte sällan i vårdens övergångar många misstag sker. För att minska risken för kommunikationsmissar ska all rapportering på NSP ske enligt modellen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation). Målet är att en tydlig och strukturerad kommunikationsmodell ska minska risken för att information går förlorad eller missuppfattas, i samband med patientförflyttningar.

## Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Möjlighet att identifiera återkommande risker finns dels på individnivå, där personal uppmärksammar risksituationer eller – företeelser och rapporterar dessa i HändelseVis. Återkommande risker granskas av patientsäkerhetsrådet vid rådets genomgångar av klagomål, avvikelser och vårdskador. Risker kan uppmärksammas i samband med enheternas dagliga säkerhetsronder och mer övergripande riskinventeringar. Därutöver observeras risker av patienter/anhöriga och förmedlas via den sammanställda rapporten från Patientforum som underställs enhets- och sektionschefer. Regelmässigt görs riskanalys inför sommarsituationen samt inför planerade förändringar i verksamheten.

Under 2019 har följande riskanalyser genomförts:

- Riskinventering/riskbedömning av lokaler på S:t Görans sjukhusområde

- Införande av tjänsten biträdande enhetschef/samordnare
- Ändrat arbetssätt mellan Mobila akutenheten och Förvaltningsrätten
- Transporter från heldygnsvården
- Bemanning och belastning inför sommarsemestrar

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten**

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § SOSFS 2011:9, 5 kap 3§, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

All personal har skyldighet att rapportera observerade risker, tillbud eller negativa händelser i verksamheten. Rapportering av avvikelser sker enligt klinikens rutin i systemet HändelseVis. Enhetschef/ MAL handlägger primärt avvikelse rapporten varefter analysen underställs sektionschefen för vidare analys och återkoppling. Medarbetare påminns regelbundet om vikten av avvikelse rapportering, bland annat via APT.

Avvikelse rapporterna sammanställs och analyseras på olika nivåer inom kliniken och kan användas som en grund för förändringsarbetet på enheterna. Bland annat patientsäkerhetsrådet gör analys på övergripande nivå för att se vilka avvikelser som är gemensamma inom olika delar av verksamheten. Rådet återrapporterar till klinikledningen.

## **Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal**

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Många synpunkter hanteras direkt i kontakten med patient/anhörig. Patienten har även möjlighet att lämna ett skriftligt klagomål och kliniken har tagit fram en särskild blankett för detta ändamål, som ska vara enkel att fylla i.

Behandlare, MAL eller enhetschef (vid angiven enhet) handlägger det skriftliga klagomålet. Om patienten uttrycker önskemål om att klagomålet inte ska hanteras direkt vid enheten går det vidare till den klinikövergripande patientsäkerhetsamordnare. Klagomål ska hanteras på ändamålsenligt sätt. Det kan vara muntligen, skriftligen, i direktkontakt, via elektroniska kommunikationstjänster eller på annat för patienten anpassat sätt. Den som lämnat klagomål ska senast efter en arbetsdag få besked om att klagomålet tagits emot och klagomålet ska hanteras snarast och senast inom fyra veckor.

Kliniken har flera tillvägagångssätt för att inhämta information från patienter och identifiera missnöje eller patientsäkerhetsrisker.

- Patientenkäter används inom såväl sluten- som öppenvård som ett verktyg för att insamla information. Patienterna erbjuds regelmässigt att fylla i enkäter vid utskrivning från sjukhusvård. Resultatet sammanställs och återkopplas direkt till enheterna.
- Funktionsbrevlådan är en kanal för allmänheten att via klinikens hemsida och via e-post få ställa frågor eller lämna synpunkter av allmän karaktär till kliniken.
- BISAM, medarbetare med brukarerfarenhet (MB) och patientforum (se beskrivning av dessa tjänster/uppdrag i avsnitt "Samverkan med patienter och närstående"). Medarbetare med brukarerfarenhet bidrar bland annat till att minska avståndet mellan brukare och personal, vilket förhoppningsvis kan medföra ett tydligare informationsutbyte. Tanken är att brukare har lättare för att meddela eventuell kritik eller missnöje på detta sätt, vilket kan bidra till en ökad förståelse

hos personalen och en bättre vård. Patientforum arrangeras regelbundet inom heldygnsvården där brukare kan föra fram frågeställningar, förbättringsförslag eller synpunkter resultat från patientforum sammanställs årligen i en rapport.

- Klinikens brukarråd, bestående av olika representanter för patient- och närståendeorganisationer. Rådet arbetar för att kliniken ska se patienters och närståendes behov och önskemål i vården. Läs mer om brukarrådet på sid 12.
- Samtal i telefon och vid behov även personliga möten.

## Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ett välfungerande samarbete med patienter och anhöriga är av stor vikt för en fungerande patientsäkerhet. För att stärka patientperspektivet och minska avståndet mellan brukare och vårdgivare har NSP anställda med brukarerfarenhet, såväl på klinikövergripande nivå (BISAM) som på enhetsnivå (MB).

I syfte att öka patienternas inflytande i vården har kliniken sedan flera år tillbaka även arbetat med *Patientforum*, *Brukarråd* och *Självvald inläggning*.

### Brukarinflytandesamordnare (BISAM)

BISAMs uppdrag är att samordna klinikens arbete med delaktighet och brukarinflytande. NSP har två heltidstjänster i BISAM-funktionen. Under 2018 har den ena tjänsten varit tillsatt 100 %, medan den andra endast varit tillsatt 60 %. Detta har gjort att vissa arbetsuppgifter behövs minskas ner (bland annat Patientforum, se nedan). BISAM har lett patientforum och brukarråden, lett och utvärderat Patientskolan i öppenvården, arbetat med implementeringen av *Ett samtal om dagen* på andra kliniker via Centrum för psykiatriforskning, suttit med i Patientsäkerhetsrådet och samarbetat och haft handledning med medarbetare med brukarerfarenhet (MB). BISAM arbetar även i ett forskningsprojekt gällande Patientskolan via Karolinska Institutet, se mer under rubriken "Patientskola" nedan. BISAM föreläser även för sjuksköterskestudenter och AT-läkare på kliniken varje termin.

### Medarbetare med Brukarerfarenhet (MB)

Kliniken har under året haft tre fasta heltidstjänster för MB inom affektiva sektionen, och verkar för närvarande på avd. 53, avd. 25 och Affektiva Mottagningen I på S:t Eriksplan. MB bidrar bland annat genom att ta initiativ till och hålla i avdelningsaktiviteter. Aktiviteterna har fortsatt vara välbesökta och uppskattade. MB har också arbetat i öppenvården på Affektiva mottagningen I, både med enskilda patienter och på mottagningens patient- och närståendebildningar. MBs arbete genererar mycket uppskattning från patienter och övrig omvårdnadspersonal. MB arbetar även med Patientskolan i öppenvården (se nedan). Rapport om MB finns att tillgå via BISAM på NSP.

### Patientforum

Eftersom BISAM-funktionen inte varit fullt tillsatt har arbetet med patientforum varit något neddraget under 2019, dock har en tjänst ökat i % varpå fler forum hållits än 2018. Totalt har 140 forum hållits med sammanlagt 546 deltagare. Sammanställningar kring vad som framkommer i dessa forum återkopplas till enheterna och sektionerna. Synpunkterna visar bland annat att *Ett samtal om dagen* är mycket uppskattat, samt att arbetet med delaktighet i vårdplan kan förbättras.

### Brukarrådet

Klinikens brukarråd sammanträder månadsvis tillsammans med BISAM, några gånger per termin deltar även verksamhetschefen. Brukarrådet består av representanter från olika patient- och närståendeorganisationer. Rådet ska vara ett forum för frågor, information, förslag och synpunkter rörande verksamheten NSP. Ytterst syftar Rådets arbete till att

utveckla och förbättra verksamheten vid NSP, med patienter och närståendes behov i fokus. Brukarrådet kan även ta upp exempel på olika typer av problem som deras medlemmar stött på i mötet med psykiatrin. Brukarrådet har arbetat fram skrifter med rekommendationer och ställningstaganden i olika frågor som rör klinikens arbete, dessa går att hitta här: <http://norrastockholmspsykiatri.se/trygg-och-saker-var/delaktighet/>

### **Självvald inläggning**

I syfte att öka patienternas delaktighet i behandling tillämpar flera av klinikens avdelningar självvald inläggning för patienter med psykosproblematik och patienter med emotionell instabilitet. Självvald inläggning innebär att för verksamheten kända patienter ges möjlighet att själv bestämma över sina in- och utskrivningar, vilket innebär en högre grad av självbestämmande och ökat inflytande över vårdprocessen. Tidigare studier har även visat att självvald inläggning kan leda till färre överbeläggningar och minskat våld inom heldygnsvården. Arbetet med självvald inläggning pågår på flera kliniker inom SLSO och styrs centralt via SLSO och Centrum för Psykiatrforskningens enhet för modulstöd. Arbetet med Självvald inläggning beforskas och studier publiceras löpande. Mer info och kontakt: <https://www.psykiatrforskning.se/utveckling/verksamhetsutveckling-psykiatri/sjalvvald-inlaggning/>

### **Ett samtal om dagen**

*Ett samtal om dagen* är en struktur för omvårdnadssamtal inom heldygnsvården som under året införts inom NSP. Modellen togs fram utifrån återkommande synpunkter från patientforum angående brist på stödsamtal, alternativt att stödsamtal ges på ett ojämnt sätt (patienter med förmågan att ta för sig erhåller mer samtal än patienter som är introverta).

*Ett samtal om dagen* innebär ett dagligt erbjudande om samtal med någon ur vårdlaget, där samtalet sker på förutbestämd tid och varar max 30 min. Agendan för samtalet sätts av patienten. Syftet med samtalen är öka patienters delaktighet och ge en bättre struktur åt vården.

### **Resultat och uppföljning:**

Initialt testades modellen som en pilot på en vårdavdelning med gott resultat. Arbetet under 2019 har handlat om att följa upp implementeringen av arbetssättet vid samtliga heldygnsvårdsavdelningar inom NSP. Det har huvudsakligen gjorts via frågor på Patientforum och muntlig kommunikation med enhetschefer. Detta visar på att samtalen i stor utsträckning genomförs och är uppskattade av både patienter och personal. Personalen har generellt varit positiv och upplevt att formen hjälpte dem att skapa en bättre struktur och prioritering.

### **Patientskola**

Patientskolan är ett nytt projekt inom kliniken. Patientskolan är inspirerad av konceptet med Recovery College, som används inom psykiatrin i Storbritannien. Syftet med Patientskolan är att sprida den "inifrånkunskap" man får när man varit patient ett tag. Gruppen delar med sig av tips, knep och kunskap, både vad gäller att hantera vården och att hantera symptom. Syftet är också att förmedla hopp om återhämtning och reducera stigma. Under 2019 har Patientskolan gått i två omgångar om fyra tillfällen vardera. MB och BISAM åkte under hösten till England för ett studiebesök av deras Recovery College.

Målgruppen har varit patienter inom öppenvården på Atlasmuren: mottagningarna för ADHD och Affektiva sjukdomar. BISAM och MB är kursledare och vid vissa tillfällen deltar även vårdpersonal och chefer, dels för att dela med sig av erfarenhet men också för egen kunskapsinhämtning. Utvärderingarna visade att deltagarna var mycket nöjda. Planen inför 2020 är att hålla två omgångar patientskola per termin, med inriktning mot fler mottagningar inom NSP, i första hand mottagningarna i Alvik. Patientskolan kommer även ingå i ett 6-årigt forskningsprojekt på Karolinska institutet, som studerar patientdrivna vårdinnovationer.

## Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Det är en kontinuerlig utmaning för alla delar av verksamheten att på ett effektivt och patientsäkert sätt bemöta klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Kliniken arbetar ständigt för att hanteringen av klagomål och synpunkter ska överensstämma med patienternas önskemål och förväntningar. Det är nödvändigt att återkoppla efter internutredningar, med inriktning på förbättringsområden. Återkoppling sker i olika forum inom kliniken.

Vi vill understryka att en välfungerande struktur för utbildning och fortbildning inom suicidprevention är en grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet.

Under året har vi fortsatt arbetet med att integrera patientsäkerhetsorganisationen i verksamheten eftersom vi bedömer att integration är en förutsättning för ett funktionellt patientsäkerhetsarbete.

De övergripande målen för patientsäkerhetsarbetet år 2019 inkluderade följande:

- 1) Integrering av förbättringsarbeten och utvecklingsarbeten i verksamheten.
- 2) Förbättrad återkoppling till enheterna efter utredningar inom patientsäkerhet. Tydligare uppföljning av föreslagna åtgärder och ökad delaktighet hos berörda enheter.
- 3) Tryggare och säkrare tvångsvård och mer strukturerat omhändertagande av instabila patienter. Översyn av organisationsstrukturen för Bergenutbildningar. Obligatorisk Bergenutbildning för samtliga medarbetare. Införande av lokala Bergen-representanter på samtliga heldygnsvårdsenheter. Utbildning i tvångsvårds- och nödlagstiftning samt lågaffektivt bemötande.
- 4) Förbättra innehållet i uppföljningssamtalen efter tvångsåtgärder. Utveckla återkopplingen av innehållet i uppföljningssamtalen och integrera det i vård- och krisplanen.
- 5) Utveckla patienternas delaktighet i sin egen vård. En prioriterad strategi för ökad delaktighet är att utveckla arbetet med och innehållet i vårdplaner, som upprättas i samråd med patienten.
- 6) Genomförande av markörbaserad journalgranskning.

### Måluppfyllelse

- 1) Internutbildningar och implementering av nya rutiner för att förbättra vård och säkerhet har bidragit till att utveckla verksamheten. Enheternas lokala patientsäkerhetssamordnare träffas regelbundet för att förbättra arbetet med patientsäkerheten. **Målet bedöms vara uppfyllt.**
- 2) Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare har återkopplat samtliga internutredningar till involverade enheter. I syfte att förbättra lärande och höja kvaliteten i vården har återkoppling på aggregerad nivå skett i form av fiktiva fallbeskrivningar så att återkommande risker och incidenter belysts. **Målet bedöms vara uppfyllt.**
- 3) Lokala Bergenrepresentanter finns nu på samtliga enheter. Omvårdnadspersonalen har utbildats i nödlagstiftning under året. En rutin för strukturerad övervakning efter

tvångsmedicinering har implementerats. Antalet tvångsåtgärder har minskat något, trots ett ökat patientinflöde. **Målet bedöms vara uppfyllt.**

- 4) Andelen patienter som fått uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd har ökat. I många fall har samtalen ett värde för patienten och vårdgivaren, i syfte att förstå och förbättra vården. Det finns dock fortfarande en förbättringspotential för samtalens innehåll och hur informationen som kommer fram tas upp i den fortsatta vården. Detta bedöms därför vara ett fortsatt fokusområde under 2020. **Målet bedöms vara uppfyllt delvis.**
- 5) För en god och patientcentrerad vård bedömer vi att det är viktigt att involvera patienterna i vårdplanering och vårdinnehåll. Med åtgärder som "Ett samtal om dagen", patientforum och medarbetare med brukarerfarenhet, kan vi ta tillvar patienternas synpunkter. Det finns dock fortfarande ett behov av att öka patienternas medverkan i vård- och krisplaner. Detta arbete kommer att fortsätta under år 2020. **Målet bedöms vara uppfyllt delvis.**
- 6) Vi har genomfört markörbaserade journalgranskningar och kontinuerligt återkopplat fynden. **Målet bedöms vara uppfyllt.**

### **Övriga resultat för år 2019**

Vi gör suicidriskbedömningar i hög utsträckning inom kliniken. I öppenvården har 86,5 % av patienter en dokumenterad suicidriskbedömning, vilket är något högre än föregående år. I heldygnsvården är täckningsgraden oförändrat hög, > 99 %.

### **Tvångsvård**

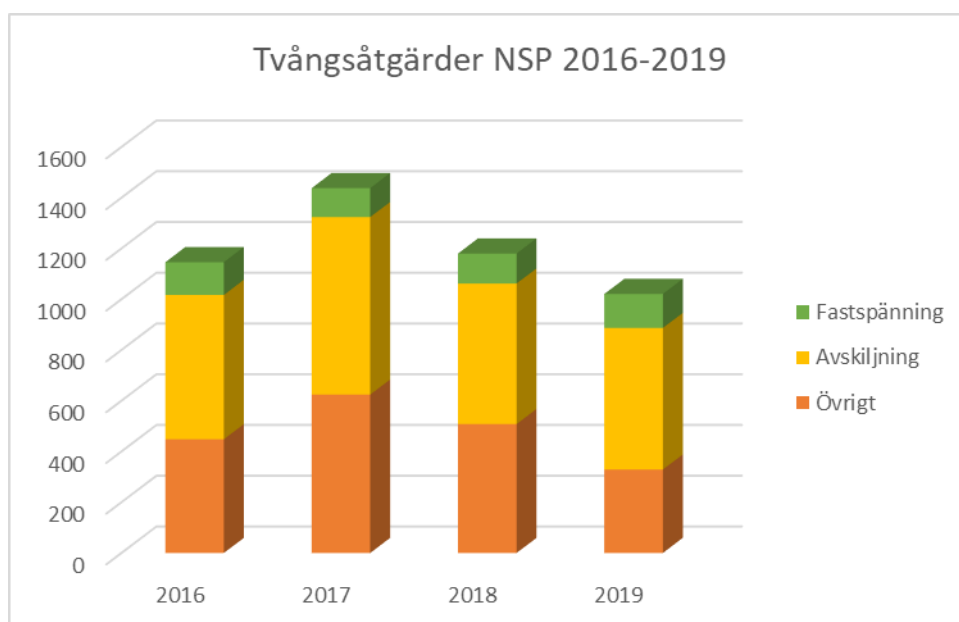
Tvångsvård förekommer huvudsakligen vid sju av klinikkens tio heldygnsvårdsavdelningar. Vi har sett en fortsatt minskning av antal tvångsåtgärder inom heldygnsvården (se figur 2). Under året ser vi en fortsatt ökning av antalet uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd, såväl erbjudna som genomförda.

Inom kliniken (utom sektionen för akutsektpsykiatri) fick 72 % av patienterna som tvångsvårdats ett uppföljningssamtal. Tyvärr har vi noterat att andelen tvångsvårdade patienter med vårdplan har minskat jämfört med föregående år, trots att vårdplaner ska upprättas systematiskt. Information om vårdplaner ingår därför i det planerade förbättringsarbetet under kommande verksamhetsår.

### **Internutredningar, anmälningar till IVO**

Under år 2019 genomförde kliniken 63 internutredningar efter rapporter om risker eller tillbud. Av dessa berodde 29 fall på misstänkt eller konstaterat suicid. I 13 fall resulterade utredningen i att chefläkaren gjorde anmälan till IVO enligt Lex Maria. I 8 fall beslutade klinikens verksamhetschef att anmäla till IVO om brister i säkerheten. Knappt 20 ärenden pågår fortfarande, för att beslut ännu inte fattats om vidare åtgärd eller anmälan till IVO. Chefläkare på SLSO granskar samtliga utredningar.

Antalet internutredningar har ökat något, liksom antalet utredningar och anmälningar om brister i säkerheten. Detta är i huvudsak positivt, då utredningarna är en förutsättning för att uppmärksamma och åtgärda eventuella brister i verksamheten. Antalet anmälningar om brister i säkerheten har varit relativt lågt de senaste åren (två stycken år 2017, och två under 2018). Vi anser dock inte att det låga antalet anmälningar speglar den reella risksituationen, snarare beror det på för tunt utredningsarbete. Vi bedömer därför att en ökning av utredningar och anmälningar kan bidra till ökad kvalitet och säkerhet.



**Fig. 2. Tvångsåtgärder inom Norra Stockholms psykiatri 2016-2019**

## Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet för år 2020 kommer att inkludera följande:

1. Verksamhetsnära patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet ska integreras i alla delar av verksamheten. Samtliga vårdenheter ska vara delaktiga i avvikelshantering och förbättringsarbeten. Förbättrad struktur för återkoppling och uppföljning av patientsäkerhetsrådets ärendehantering ingår. Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren kommer regelbundet att rapportera på klinikledningsmöten
2. Säker tvångsvård. Detta innebär att vårdpersonal även i fortsättningen ska utbildas om tvångsvård och relaterad lagstiftning. Här ingår även uppföljning av vårdplaner vid tvångsvård och att utbilda i Bergenmodellen samt fortsatt arbete för att integrera innehållet i uppföljningssamtalen efter tvångsåtgärd i vård- och krisplanen.
3. Minska antalet besök utan journalföring. Patientsäkerhetsrådet kommer regelbundet granska journaler för genomförda patientbesök i öppenvården och återkoppla på enhets- och individnivå.
4. Patientens delaktighet i vård och behandling. Kliniken eftersträvar ökad delaktighet i vårdplanering, suicidbedömning och suicidprevention. Större fokus på anhörigas delaktighet, såväl i akuta situationer som vid planering på längre sikt. Vi planerar också en översyn av rutiner för patienters möjlighet att byta mottagning, efter synpunkter som kommer in via patientforum i öppenvård.