

Patientsäkerhetsberättelse år 2015

Norra Stockholms psykiatri

Inledning

En central utgångspunkt för alla verksamheter inom Norra Stockholms psykiatri (NSP) är att den vård som vi erbjuder våra patienter ska vara patientsäker. Begreppet patientsäkerhet betyder ytterst att skydda patienter från att drabbas av en vårdskada, definierat som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakten inom vården. Patientsäkerhetsarbetet syftar dels till att upptäcka och undanröja riskfaktorer för vårdskada men även till att efter inträffade negativa händelser genomföra analys och vidta korrigerande åtgärder för att minska risken för upprepning. Patientsäkerhetsarbetet inom Norra Stockholms psykiatri styrs via ledningssystemet. SLSO:s övergripande riktlinjer inom patientsäkerhetsområdet finns tillgängliga i dokumenthanteringssystemet Dokumenta. Lokala rutiner/instruktioner samt information om gällande lagar, förordningar och föreskrifter finns i JURIS på intranätet. Övriga delar av NSP:s ledningssystem återfinns tillgängligt för alla medarbetare på intranätet. Det är centralt att alla i ledningsfunktioner framhåller vikten av patientsäkerhetsarbete samt driver och stödjer sina medarbetare i detta arbete på sektioner och enheter. Rutiner och metoder ska vara kända och följas av alla medarbetare. Varje medarbetare ska ha kännedom om patientsäkerhetsarbetet och kunna göra en avvikelserapport i avvikelshanteringssystemet Händelsevis.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet på NSP

Nedan beskrivs i korthet det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på NSP

Enhetsnivå

Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete bygger i grunden på att den enskilde medarbetaren är bärare av en god patientsäkerhetskultur, har kunskap om patientsäkerhetsfrågor samt känner till och tillämpar relevanta rutiner och riktlinjer. Dessutom har alla en skyldighet att reagera och rapportera när avvikelser inträffar eller riskerar att inträffa. Avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis. Avvikelserapporter handläggs och analyseras primärt av berörd enhetschef och/eller medicinskt ansvarig läkare (MAL) varefter sektionschef involveras i den fortsatta handläggningen. På enhetschef och MAL ligger även ansvar för att övergripande och lokala rutiner implementeras och efterföljs samt att vid behov initiera uppdateringar av lokala rutiner. Parallellt med linjeorganisationen finns på NSP även en stödjande patientsäkerhetsorganisation som på varje enhet representeras av ett utsett patientsäkerhetsombud.

Patientsäkerhetsombudets uppgift är att:

- stödja/motivera medarbetarna på enheten i patientsäkerhetsarbetet och vid avvikelserapportering
- upprätthålla en dialog kring patientsäkerhetsarbetet på enheten exempelvis vid personalmöten och planeringsdagar
- följa flödet av avvikelser på enheten samt stödja enhetschef/MAL vid handläggningen i HändelseVis
- vid behov ingå i analysteam tack vare kännedom om den lokala verksamheten
- delta i nätverk för patientsäkerhetsombud och -samordnare
- i samarbete med enhetschef initiera och dokumentera riskinventeringar, det vill säga regelbundet återkommande och systematiska inventeringar av patientsäkerhetsrisker på enheten
- delta i övrig uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet på enheten samt rapportera relevant information till sektionens patientsäkerhetssamordnare

Sektionsnivå

Sektionschefen har ansvar för att sektionsövergripande rutiner implementeras och efterföljs liksom för att vid behov initiera uppdateringar av dessa. Sektionschefen involveras även i handläggning och analys av avvikelserapporter efter den primära handläggningen på enhetsnivå. Sektionschefen kan utifrån avvikelser ge uppdrag för riskanalys och händelseanalys inom den egna sektionen.

På sektionsnivå representeras patientsäkerhetsorganisationen av en patientsäkerhetssamordnare vars uppgift är att:

- stödja sektionschef i patientsäkerhetsarbetet på sektionen och sätta upp mål för detta
- ha överblick över rapporterade och handlagda avvikelser inom sektionen
- ha regelbundna och systematiska genomgångar av avvikelser och åtgärder med sektionschefen
- delta i diskussioner och överväganden kring aktuella patientsäkerhetsfrågor på sektionen
- medverka i klinikens patientsäkerhetsgrupp och vara en länk mellan denna och sektionen
- sammankalla till och hålla i patientsäkerhetsombudens möten inom sektionen (1-2 ggr/termin)
- att delta i nätverk för samordnare på SLSO
- att följa upp och utvärdera verksamhetens utveckling avseende patientsäkerhet
- vid behov vara metodspecialist vid genomförandet av risk - och händelseanalyser

Kliniknivå

Patientsäkerhetsrådet

Klinikens övergripande patientsäkerhetsråd består bland annat av chefsöverläkaren och sektionernas patientsäkerhetssamordnare. Rådet sammanträder en gång per vecka och har följande uppgifter:

- att vara drivande inom kliniken för att få sektionernas och enheternas arbete att genomsyras av patientsäkerhetstänkande, uppdatera kunskap inom området och att sprida densamma
- att bevaka hur patientsäkerhetsarbetet och bedrivs och fungerar inom kliniken
- att samordna genomförandet av uppdragen för händelse- och riskanalys och att återföra information från händelseanalyser och beslut från IVO till respektive sektionschef
- att ta fram övergripande sammanställning av rapporter ur Händelsevis
- att medverka i att utse team- och analysledare för risk- och händelseanalyser, enligt rutin

Verksamhetschef och chefsöverläkare

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten på NSP och kan ge uppdrag för risk- och händelseanalyser. Flera av de klinikövergripande uppgifterna på patientsäkerhetsområdet har uppdragits åt chefsöverläkaren. Chefsöverläkaren är bland annat sammankallande i patientsäkerhetsrådet, genomför internutredningar och sammanställer/skriver yttranden i samband med Lex Mariaanmälningar eller klagomålsärenden. Chefsöverläkaren kan även ge uppdrag att genomföra händelse- och riskanalyser.

Chefläkare, SLSO

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 NSP:s chefsöverläkare/verksamhetschef.

Exempel på hur patientsäkerhetsarbetet på NSP har bedrivits under år 2015

Avvikelsehantering

All personal har skyldighet att rapportera observerade risker, tillbud eller negativa händelser i verksamheten. Rapportering av avvikelser sker enligt klinikens rutin i systemet HändelseVis och enhetschef/ MAL handlägger primärt avvikelserapporten varefter analysen underställs sektionschefen för vidare analys och återkoppling. HändelseVis erbjuder möjligheter att följa flödet av avvikelser på enhets-, sektions- och kliniknivå. Denna statistik kan ge anledning att följa eller analysera en viss typ av avvikelser närmare, till exempel genom en riskanalys eller på annat vis.

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. Suicid betraktas enligt nu gällande föreskrifter alltså som en allvarlig vårdskada som ska Lex Mariaanmälas. Chefläkare på SLSO fattar efter rapport från verksamhetschef eller chefsöverläkare beslut om Lex Mariaanmälan. En Lex Mariaanmälan kompletteras alltid med en internutredning som sammanställs av chefsöverläkaren och ibland även med en händelseanalys. IVO:s beslut enligt Lex Maria underställs berörda medarbetare och linjechefer samt patientsäkerhetsrådet.

Patientsäkerhetsrådet/patientsäkerhetsorganisationens verksamhet

Patientsäkerhetsrådet har under året sammanträtt frekvent, var eller varannan vecka. Minnesanteckningarna har publicerats på intranätet. Informationsflödet från och till sektioner och enheter har skett med hjälp av patientsäkerhetssamordnarna. I övrigt har en del av rådets arbete ägnats åt att planera för en fungerande patientsäkerhetsorganisation i den nya klinikorganisationen samt att definiera samordnarnas och ombudens uppdrag. Inom sektionerna har regelbundna möten ägt rum mellan patientsäkerhetssamordnare och patientsäkerhetsombud. Intensiteten har varierat mellan de olika sektionerna. Sedan tidigare har behovet av en klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare identifierats och rekryteringsförsök har under året gjorts i två omgångar men tyvärr utan att rekrytering har kunnat slutföras.

Riskinventeringar

Riskinventeringar har årligen genomförts på enheterna inom heldygns- och öppenvården.

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, inte minst genom förebyggande förhållningssätt minska antalet våldsincidenter och tvångsåtgärder. Nyanställda skickas till grundutbildningen kontinuerligt och ett stort antal repetitionsutbildningar har arrangerats under året. Utbildningen ger också grundläggande kunskap om tvångslagstiftningen.

I övrigt inom området hot- och våldsprevention kan nämnas att en arbetsgrupp tillsatts för att se över det hot- och våldspreventiva arbetet i stort och tillämpliga rutiner på området. Detta initiativ har haft sin bakgrund i ett ökat antal avvikelserapporter gällande våldsincidenter patienter emellan framför allt inom psykossektionen under år 2014.

Rapportering enligt SBAR

Det är i vårdens övergångar många misstag görs på grund av brister i informationsöverföringen. För att minska risken för kommunikationsmissar ska rapportering på NSP ske enligt modellen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation).

Suicidpreventivt arbete

Inom NSP finns en suicidpreventiv grupp som arbetar aktivt med suicidprevention genom att stödja och utbilda personal i suicidfrågor. Gruppen anordnar dessutom retrospektiva genomgångar för berörd personal efter suicid enligt en strukturerad modell och kan även ordna individuellt stöd till personal eller närstående efter fullbordade suicid eller suicidförsök. Suicidpreventiva gruppen ansvarar för att det finns tydliga och kliniskt användbara för suicidriskbedömningar och suicidpreventivt arbete på intranätet. Rutinerna tar sin utgångspunkt i det regionala vårdprogrammet.

De utbildningar som för närvarande erbjuds inom suicidområdet är:

- Kurs i suicidriskbedömning (tre timmar) som är obligatorisk för all personal oavsett yrkeskategori och som bygger på rollspel. Ges en gång per månad.
- Kurs i samtalsmetodik för arbete med suicidnära patient (fyra halvdagar). Ges en gång per termin.

Alla enheter inom NSP har kontaktpersoner som ingår i ett suicidpreventivt nätverk. Kontaktpersonernas uppgift är bland annat att fånga upp frågor som handlar om suicid, påminna om rutiner som finns på intranätet, uppmärksamma utbildningsbehov och behov av stöd till personal och informera nyanställda om de utbildningar som erbjuds.

Egenkontroll

Klinikens verksamhet ska belysas genom egenkontroll enligt Socialstyrelsens föreskrift 2011:9, ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”. NSP har flera olika sätt att säkerställa verksamhetens kvalitet genom egenkontroll.

- Kliniken rapporterar i kvalitetsregistren Bipolär, ECT-registret, PsykosR och BUSA vilket ger möjlighet att värdera verksamheternas följsamhet till vårdprogram och behandlingsrekommendationer
- På SLSO-nivå genereras fortlöpande statistik över olika kvalitetsrelaterade aspekter av de psykiatriska klinikernas verksamhet som till exempel dokumentation av vårdplaner, LPT-vårdplaner, suicidriskbedömningar och uppgifter om vårdens tillgänglighet. I SLSO:s kvalitetsbokslut återfinns jämförande siffror
- Den årliga medarbetarenkäten genomförs inom SLSO:s enheter
- Under 2015 har en journalrevision genomförts av journalföring i öppenvården med syftet att undersöka om dokumentationen följer Patientdatalagen och SLSO:s dokumentationsriktlinjer. Revisionsverksamheten som utförs av revisionsrådet är sedan ett par år ett reguljärt inslag i egenkontrollen
- Varje vecka sker ett utskick till chefsöverläkaren med statistik över i vilken omfattning ett antal beslut och åtgärder (exempelvis information om rätt till stödperson, LPT-vårdplan, uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd) enligt LPT har dokumenterats på de olika avdelningarna. Uppgifterna vidarebefordras till medicinskt ansvariga överläkare i heldygnsvården

Risk- och händelseanalyser

Vid varje större organisationsförändring ska riskanalys genomföras. En riskanalys kan även vara befogad exempelvis om man noterat upprepade risker och tillbud vid en specifik arbetsprocess eller vid införande av en ny behandlingsmetod. Uppdragsgivare för riskanalys kan vara verksamhetschef eller chefsöverläkare samt sektionschef inom den egna sektionen. Riskanalysen genomförs av personer med erfarenhet av processen under ledning av en teamledare med metodspecialistutbildning.

Negativa händelser av allvarlig eller speciell natur kan motivera händelseanalys enligt en särskild arbetsmetodik. Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen inträffade. Den ger även information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas. Uppdragsgivare för händelseanalys är verksamhetschef eller chefsöverläkare samt sektionschef inom egna sektionen. Ett flertal av klinikkens medarbetare har genomgått metodspecialistutbildning i risk- och händelseanalys.

Åtgärder för ökad delaktighet och förbättrad samverkan med patienter och närstående

Att öka patienternas delaktighet i vården och förbättra klinikkens samverkan med patienter och närstående bedöms vara en viktig faktor för en förbättrad patientsäkerhet. Bland annat av det skälet är detta en viktig strävan för NSP. På följande sätt har arbetet bedrivits för att öka delaktighet och samverkan:

- **BISAM-funktionen, patientforum mm:** Inom NSP finns två brukarinflytandesamordnare (BISAM) som ska främja samverkan mellan klinikkens enheter och patienter med närstående. BISAM arrangerar varje vecka Patientforum på avdelningar inom heldygnsvården där brukare kan föra fram frågeställningar, förbättringsförslag eller synpunkter till enheten. BISAM samverkar också med brukarrådet (se nedan). På öppenvårdsenheterna anordnas på motsvarande sätt samrådsgrupper som ett forum för patienter och närstående att föra fram sina behov eller synpunkter på vården.
- **Brukarrådet:** Vid Norra Stockholms psykiatri finns ett Brukarråd som består av representanter för intresseorganisationer, lokala patient-, brukar- och anhörigföreningar. Rådet arbetar för att kliniken ska se patienters och närståendes behov och önskemål i vården. BISAM samverkar nära med brukarrådet. Dessutom har klinikledningen på Norra Stockholms psykiatri regelbundna möten med brukarrådet.

Ett ytterligare exempel på klinikkens strävan att öka patienternas delaktighet i behandling är att två av klinikkens avdelningar tillämpar självvald inläggning för definierade patientkategorier. Under året har det även inletts ett projekt med anställda medarbetare med brukarerfarenhet på två avdelningar som ännu ett sätt att stimulera samverkan och dialog med ineliggande patienter.

Övrig handläggning av frågor, klagomål och synpunkter

Det finns i övrigt flera möjligheter för patienter och närstående att ställa frågor eller lämna återkoppling, synpunkter och klagomål till kliniken.

- Vid utskrivning från sjukhusvård erbjuds patienterna att besvara en enkät bestående av fem frågor hämtade från den nationella patientenkäten

- Synpunkter eller klagomål kan lämnas direkt till varje enhet muntligen eller skriftligen via en brevlåda. Synpunkterna är viktiga och hanteras i första hand på enhetsnivå och rapporteras till sektionschef
- Enskilda kan även lämna klagomål till IVO, Patientnämnden eller direkt till klinikens verksamhetschef. Klagomål leder till en genomlysning av ärendet och synpunkter bemöts och besvaras skriftligen. Beslut från både IVO och Patientnämnden återkopplas till verksamheten.
- Funktionsbrevlådan är ännu en kanal för allmänheten att via e-post få råd eller ställa frågor till kliniken.

Resultat

Avvikelsehantering

Efter ett stadigt ökande antal avvikelserapporter under närmast föregående år har antalet rapporter tyvärr minskat med cirka 30 procent under år 2015 (673 skrivna rapporter år 2015 jämfört med 1012 år 2014). Vi nådde därmed inte målet att varje medarbetare i genomsnitt ska skriva minst en avvikelserapport per år. Vi nådde heller inte målet att andelen rapporterade risker kontra tillbud och negativa händelser ska överstiga 40 procent (andelen risker var 35 procent jämfört med 47 procent år 2014). Det är svårt att helt säkert klarlägga orsaken till minskningen. Tänkbara orsaker kan vara att den förestående omorganisationen tagit tid och fokus från avvikelserapporteringen, en annan att informationen om vikten av att avvikelserapportera inte varit lika intensiv som tidigare.

Lex Mariaanmälningar/suicid

Under år 2015 inträffade 19 suicid bland patienter som haft kontakt med någon av NSP:s enheter inom fyra veckor före dödsfallet. Detta är en minskning jämfört med år 2014 då motsvarande antal var 24. Ytterligare två stycken anmälningar enligt Lex Maria initierades från kliniken. Totala antalet Lex Mariaanmälningar var därmed 21 stycken år 2015 jämfört med 26 år 2014.

Suicidpreventiva verksamheten

Det har under året arrangerats nio utbildningstillfällen i suicidriskbedömning samt en fördjupad kurs i samtalsmetodik (omfattande fyra halvdagar) under hösten 2015. I övrigt ägde sex stycken möten rum i den suicidpreventiva gruppen och sex stycken möteshalvdagar med det suicidpreventiva nätverket.

Utbildningar inom Bergenmodellen

Under året genomfördes 48 workshops med totalt 115 individuella utbildningstillfällen för NSP:s personal. Vidare har fyra stycken (fyradagars) grundutbildningar med sammanlagt 34 deltagare, två stycken sommarvikariekurser (endags) med sammanlagt 24 deltagare och två särskilda läkarutbildningar (två dagar varav en gemensamt med BCS) med sammanlagt 18 stycken deltagare arrangerats.

Den absoluta majoriteten av de anställda vid heldygnsvårdenheterna är grundutbildade i Bergenmodellen. Upplevelsen är dock att medarbetare inom heldygnsvården mer frekvent behöver delta i repetitionsutbildning (workshops). Detta kommer att bli ett fokusområde för kommande år.

Journalrevision

Vid den journalrevision som genomfördes av journalföringen i öppenvården bedömdes 60 procent av journalanteckningarna vara godkända, vilket är en förbättring jämfört med år 2014 då motsvarande siffra var 49 procent. I övrigt noterades att det i 55 procent av granskade journaler fanns en korrekt dokumenterad och aktuell strukturerad suicidriskbedömning jämfört med 61 procent år 2014.

Risk- och händelseanalyser

Under året har på NSP genomförts fem stycken riskanalyser med anledning av planerade verksamhetsförändringar, varav en gemensamt med Psykiatri Södra. NSP:s egna riskanalyser finns tillgängliga på intranätet.

Patientforum

Patientforum har under året arrangerats i heldygnsvården vid 224 tillfällen, i majoriteten av alla fall var BISAM och enhetschef närvarande. Ett stort antal, drygt 850 stycken, registrerade synpunkter av skiftande slag (negativa såväl som positiva) har berörts vid dessa möten.

Funktionsbrevlåda

Sedan införandet i slutet av år 2012 har NSP en funktionsbrevlåda dit allmänheten via internet kan ställa frågor. Under år 2015 inkom 519 mejl, 553 stycken år 2014, som kunnat besvaras direkt eller vidarebefordras till lämplig person.

Klagomål till patientnämnden

Antalet klagomål till Patientnämnden under år 2015 var 173 jämfört med 150 år 2014. Det innebär en ökning med 15 procent. Klagomålen ökade framför allt inom allmänpsykiatriska och äldrepsykiatriska sektionerna, i det senare fallet skedde dock ökningen från ett mycket litet antal klagomål år 2014.

Enskilda klagomål

Antalet enskilda klagomål enligt Patientsäkerhetslagen var under 2015 33 stycken, jämfört med 26 år 2014.

Summering och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet under år 2016

År 2015 har varit ett händelserikt år för NSP med bland annat förberedelser för en större omorganisation vid årsskiftet 2015/16, planering för flytt/samlokalisering av stora delar av öppenvården samt planering för flytt av hjärnstimuleringsverksamheten. Detta har i viss mån präglat patientsäkerhetsarbetet då organisationsförändringarna genererat flera riskanalyser. Patientsäkerhetsarbetet har även i övrigt till viss del handlat om att säkerställa funktionerna i den stödjande patientsäkerhetsorganisationen i den nya linjeorganisationen. Detta arbete kommer att fortgå en bit in på år 2016.

Bland glädjeämnen å 2015 kan nämnas tecken till en fortsatt gradvis förbättring av journaldokumentationens allmänna kvalitet. Uppmuntrande är också att antalet suicid minskat jämfört med närmast föregående år även om det är svårt att dra bestämda slutsatser utifrån variationer av suicidantalet från ett år till ett annat. Bekymmersamt är det sjunkande antalet avvikelserapporter som kan tyda på att rapporteringskulturen försämrats. Det har tyvärr också inträffat ett antal oroande hot- och våldsincidenter inom heldygnsvården.

Under år 2016 är målet att anställa en patientsäkerhetssamordnare med en klinikövergripande funktion. Kliniken behöver en medarbetare som kan disponera sin tid och fokusera på viktigt patientsäkerhetsarbete. En planerad förändring som väntar under första halvåret 2016 är att klinikens övergripande och lokala rutiner ska föras över från Juris till det SLSO-gemensamma dokumenthanteringssystemet Dokumenta. Det väntas även under år 2016 komma nya föreskrifter för utredning av vårdskador från Socialstyrelsen som ska ersätta de nuvarande föreskrifterna enligt Lex Maria. Detta kommer i så fall påverka vår interna hantering av dylika ärenden.

Handlingsplanen för patientsäkerhetsarbetet under år 2016 utgörs av följande tre punkter:

- 1) I syfte att försäkra oss god avvikelserapporteringskultur blir ett viktig strävan för det kommande året att åter nå målet om minst en avvikelserapport per medarbetare och år samt att andelen rapporterade risker i förhållande till tillbud/negativa händelser överstiger 40 procent. Detta ska ske genom informerande och motiverande insatser på alla nivåer i linjeorganisationen. Enheternas patientsäkerhetssamordnare och -ombud kommer att bli nyckelpersoner.
- 2) Öka och kvalitetssäkra genomförandet och dokumentationen av uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder. Med uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd avses ett systematiskt samtal som genomförs av omvårdnadspersonal efter tvångsåtgärd t ex avskiljning, fastspänning, behandling med stöd av fastspänning eller fasthållande. Det finns flera viktiga syften med uppföljningssamtalet som har betydelse för patientsäkerheten, bland annat att stärka patientens delaktighet och minska det framtida behovet av tvångsåtgärder. Nya riktlinjer finns och målet är att väl nå över den täckningsgrad som kommer att beslutas för SLSO (sannolikt 60 procent) samt att samtalens och dokumentationens kvalitet förbättras. En fördjupad utbildningssatsning kommer att göras på två av klinikens avdelningar. En kvalitetsgranskning kommer att genomföras i maj och jämföras med granskning genomförd hösten 2015.

- 3) I syfte att förbättra kunskaperna i och den praktiska tillämpningen av hot- och våldspreventivt arbete enligt Bergenmodellen är målet att alla medarbetare i heldygnsvården genomför Bergenworkshop minst 1 gång per termin. Detta ska dels ske genom att varje heldygnsvårdsenhet ska utse en person som har ansvar för att boka in personal på dessa workshops. Under våren 2016 kommer även enhetschefer och MAL:ar genomgå Introduktionskurs för chefer i Bergenmodellen, något som förhoppningsvis också kommer att stimulera till bättre tillämpning av arbetssättet.

Jonas Isaksson, chefsöverläkare NSP