

Patientsäkerhetsberättelse 2017 Norra Stockholms psykiatri och Länsakuten

Patientsäkerhetsberättelse för Norra Stockholms Psykiatri

År 2017

Hanna Edberg
Chefsöverläkare

Dokumentnamn
Patientsäkerhetsberättelse 2017 Norra
Stockholms psykiatri och Länsakuten

Regnr
RAP-15962-v.3.0

Gäller fr.o.m
2018-02-14

Ersätter tidigare dokument

Upprättare
Katarina Robin

Godkänd/signatur
Katarina Robin

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Risikanalys	12
Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten	13
Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal	14
Samverkan med patienter och närstående	15
Resultat	17
Övergripande mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

Norra Stockholms Psykiatri har under året omarbetat sin patientsäkerhetsorganisation, i syfte att förbättra handläggning, flöden och återkoppling av patientsäkerhetsfrågor. Omorganisationen syftar också till att få en bättre struktur och överblick, med ökad möjlighet till strategiska och proaktiva insatser. Den nya organisationen beskrivs närmare under avsnittet ”Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet”.

Avvikelsesrapportering avseende risker, tillbud och negativa händelser hanteras och utvärderas kontinuerligt i verksamheten, genom rapporteringssystemet Händelsevis. Utredningsarbetet sker i form av internutredningar, händelseanalyser och riskutredningar.

Egenkontroll har under året skett i form av bland annat journalgranskning, inrapportering till kvalitetsregister, internrevision, patient- och medarbetarenkäter samt kontinuerlig bevakning av klinikens tvångsvårdsutövning. Kontinuerlig återkoppling från patienter och anhöriga sker i form av patientforum och brukarråd samt i samarbete med brukarinflytandesamordnare och medarbetare med brukarerfarenhet.

Resultatmässigt noteras tyvärr en sjuknande trend med avseende på antalet avvikelserapporter från medarbetare, och kommande år kommer därför att medföra ökad uppmärksamhet och fokus kring detta. Antalet tvångsvårdsåtgärder har minskat under året, vilket tolkas som en positiv utveckling. Återkoppling från patienter baserat på patientenkäter visar på stabila resultat, där huvuddelen av patienterna upplever ett gott bemötande och en delaktighet i vården. Utrymme för förbättring i dessa avseenden finns dock alltid, och är något som verksamheten fortlöpande strävar efter.

Övergripande mål och strategier

Målet för patientsäkerhetsarbetet vid Norra Stockholms Psykiatri (NSP) är att det skall genomsyra verksamheten i alla led. Det är en utgångspunkt i organisationen att vården skall erbjudas med god tillgänglighet och vara patientsäker och jämlik. Befintliga ledningssystem skall stödja medarbetarna och möjliggöra att såväl direkt kliniskt patientarbete som förbättringsprojekt och organisationsförändringar sker så säkert och strukturerat som möjligt.

Alla medarbetare inom NSP har en skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser i verksamheten. Dessa avvikelser hanteras vidare på enhets- och sektionsnivå i syfte att upptäcka underliggande orsaker och brister, identifiera återkommande tillbud eller systemfel och fastställa adekvata förbättringsåtgärder. Incidenter av klinikövergripande karaktär återkopplas till eller hanteras direkt av klinikledningen.

Det är viktigt att patienter och anhöriga kan framföra klagomål, synpunkter eller förbättringsförslag till kliniken. Inom NSP kan klagomål lämnas direkt till berörd enhet för genomlysning och hantering. Målet är att patienter och anhöriga skall känna delaktighet i förbättrings- och förändringsarbetet. Patienter och anhöriga har också möjlighet att vidarebefordra sina synpunkter till Patientnämnden, för en utomstående granskning av handläggning och hantering i samverkan med berörd enhet. Patientnämndens bedömningar återkopplas alltid till berörd enhet/berörda medarbetare. Slutligen har patienten och anhöriga möjlighet att göra anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Dessa ärenden hanteras av chefsöverläkare, klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare och berörda enheter. Resultaten av IVOs granskningar återkopplas till involverad personal och diskuteras på enheterna i samband med personalmöten, arbetsplatsträffar och planeringsdagar.

NSP bedriver egenkontroll av verksamheten i form av rapportering till kvalitetsregister, analys av regelbundet genererade rapporter kring tvångvårdsdokumentation samt journalrevision. Sedan flera år tillbaka har kliniken ett stort fokus på utbildningsinsatser inom suicidpreventivt arbete.

Målen från föregående år bestod av ett förbättrat genomförande av strukturerade suicidriskbedömningar och våldsriskbedömningar, förbättrad täckningsgrad av riskinventeringar på enheterna samt säkerställande av att erforderlig information lämnas till patienter och anhöriga i samband med vårdskador i enlighet med Patientsäkerhetslagen 3 kap. 8 §.

Fokusområden för det kommande året blir bland annat att implementera den nya patientsäkerhetsorganisationen, fortsätta arbetet med att förbättra kvaliteten på strukturerade suicid- och våldsriskbedömningar, öka antalet uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder och förbättra kvaliteten på återkopplingen till enheterna efter avvikelser och riskhantering.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten och organiserar detta arbete på lämpligt sätt i verksamheten. Den enskilde medarbetaren skall 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 chefsöverläkare/verksamhetschef.

Under år 2017 har NSP påbörjat ett förändringsarbete för att förbättra patientsäkerhetsorganisationen. Detta innebär att organisationen förändrats en del under året, vilket beskrivs nedan.

Den tidigare organisationen bestod av en förgreningsstruktur på klinik-, sektions- och enhetsnivå. På klinikövergripande nivå fanns patientsäkerhetsrådet, som hade en överordnad och strategisk roll. Rådet bestod av bland annat chefsöverläkare, klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare samt representanter från enheterna. På sektionerna representerades organisationen av patientsäkerhetssamordnare och på enheterna av lokala patientsäkerhetsombud. Målet var att patientsäkerhetsarbetet skulle löpa som en röd tråd genom organisationens samtliga delar.

Kliniken har dock observerat brister i den befintliga organisationen, där lokala ombud och samordnare har saknat tydlighet i uppdraget. Det suicidpreventiva arbetet, som förvisso varit aktivt och välfungerande, har förlöpt som ett sidospår till den övriga patientsäkerhetsorganisationen och i någon mån saknat anknytning till denna. En konsekvens av detta har varit att återkopplingen av genomfört arbete och föreslagna åtgärder på sektions- och enhetsnivå blivit lidande, och det strukturerade patientsäkerhetsarbetet har centraliserats alltmer.

I syfte att uppnå ett förbättrat flöde i patientsäkerhetsarbetet har kliniken därför valt att omorganisera hanteringen av patientsäkerhetsfrågor, med utgångspunkt i tre fokusområden.

Patientsäkerhetsrådet kommer alltjämt att vara en övergripande strategisk instans, och därutöver kommer arbetat att ske parallellt i tre arbetsgrupper: patientsäkerhetsgruppen, suicidpreventiva gruppen och utvecklingsgruppen.

Patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet kommer att bestå av en sektionschef (sammankallande), chefsöverläkare, klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare, representanter från arbetsgrupperna samt BISAM (brukarinflytandesamordnare). Patientsäkerhetsrådet skall utgöra ett rådgivande organ för grupperna, identifiera återkommande händelser/risker, lägga fram riktlinjer för strategiskt förbättringsarbete baserat på information från grupperna och ge regelbunden återkoppling till klinikledningen. Rådet syftar också till

att utarbeta strategier för klinikens övergripande patientsäkerhetsarbete, med fokus på proaktiva och förebyggande åtgärder.

Patientsäkerhetsgruppen

Gruppen består av klinikövergripande patientsäkerhetskansler (sammankallande) och 2-4 patientsäkerhetsombudsmän från sektioner eller enheter. Gruppen kommer att genomföra internutredningar, händelseanalyser och riskanalyser samt på förfrågan av sektionschef bistå enheterna vid avvikelserapportering. Gruppen kommer också att vara samordnande organ för klagomålshantering från patienter och anhöriga och föra statistik över inkomna klagomålsärenden.

Suicidpreventiva gruppen

Gruppen består av överläkare med särskilt fokus på suicidpreventivt arbete (sammankallande) och 2-4 patientsäkerhetsombudsmän från sektioner eller enheter. Gruppen kommer att ansvara för utbildningar i suicidprevention samt genomföra akuta och planerade genomgångar med anhöriga och personal efter suicid. Gruppen kommer också att utföra retrospektiva genomgångar med involverad personal en tid efter att ett suicid skett, för att utvärdera händelsen och dra lärdom om det inträffade. Den suicidpreventiva gruppen kan komma att involveras i patientsäkerhetsgruppens arbete när det gäller ärenden som rör suicid.

Utvecklingsgruppen

Klinikens brukarinflytandesamordnare (BISAM) är sammankallande för utvecklingsgruppen, vars syfte är att identifiera förbättringsområden och utarbeta utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet. Denna grupp skall avsiktligt ha en mindre strukturerad profil, i syfte att utifrån ett kreativt och fritt arbetssätt finna nya lösningar på problem. Gruppen ämnar arbeta utifrån ett PDSA, en iterativ kvalitetsteknisk metod som syftar till kontinuerligt, systematiskt förbättringsarbete.

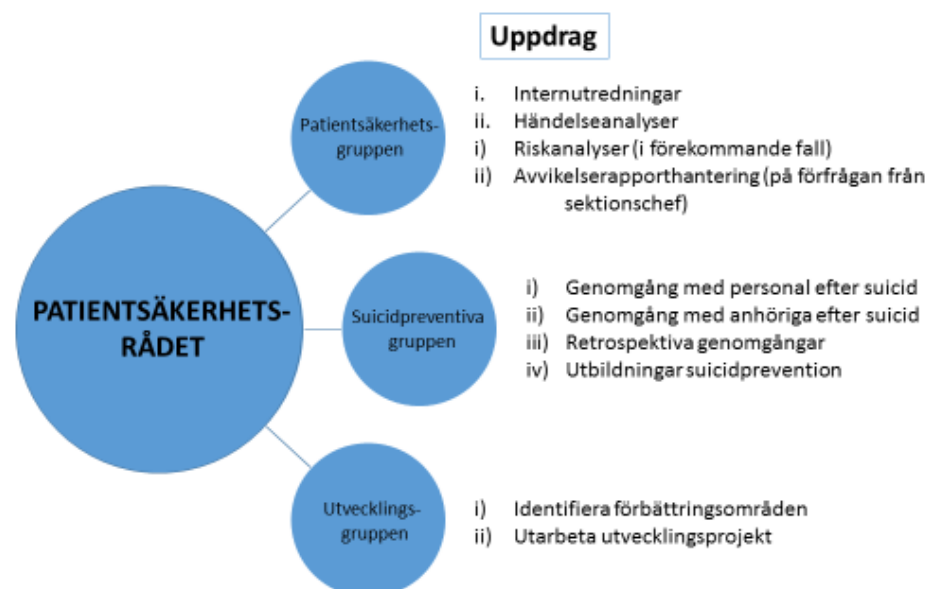


Fig. 1. Patientsäkerhetsorganisation vid NSP

Struktur för uppföljning/utvärdering

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. Avvikelse rapporter av särskild natur 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.

Om vårdskada bedöms ha inträffat ska patient informeras i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Patient och anhöriga skall i största möjliga mån involveras i utrednings- och förbättringsarbetet. NSP har skriftliga rutiner för hur avvikelser och vårdskador skall hanteras, vilka 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.

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

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. Återkoppling av ärenden sker direkt till rapportören och på enhetsnivå via arbetsplatsträffar. I det fall avvikelserna är av återkommande karaktär eller rör sektions- eller klinikövergripande frågor underställs analysen sektionschefen 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-, sektions- och kliniknivå. Denna statistik kan ge anledning att följa eller analysera en viss typ av avvikelser närmare, till exempel genom riskanalys.

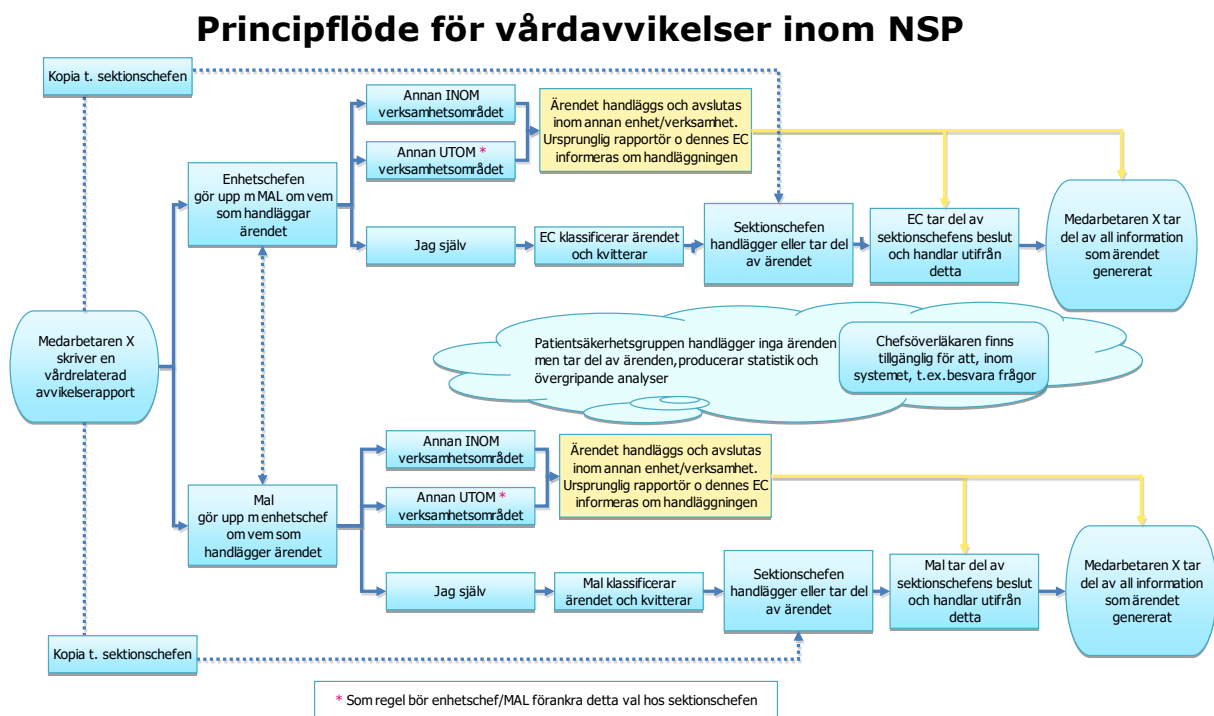


Fig. 2. Principflöde för vårdavvikelser inom NSP

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.

Patientsäkerhetsorganisationens verksamhet

Under sista halvan av 2017 har kliniken utarbetat en ny patientsäkerhetsorganisation (se avsnitt "Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet"). Parallellt med detta har löpande patientsäkerhetsärenden ombesörjts. Chefsöverläkare och klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare har träffats varje vecka för att handlägga ärenden, genomföra internutredning och granska inkommande avvikelser med avseende på behov av klinikövergripande åtgärder. Det nya patientsäkerhetsrådet har hunnit träffas vid tre tillfällen. Ett samverkansmöte mellan patientsäkerhetsrådet och patientsäkerhetsgruppen, suicidpreventiva gruppen och utvecklingsgruppen har hållits. Under första halvan av 2018 kommer den nya patientsäkerhetsorganisationen att kommuniceras till enheterna i samband med ledarskapsdagar och arbetsplatsträffar.

Säkerhetsrund/riskinventeringar

Inom heldygnsvården genomför personal säkerhetsrund två gånger per dag för att upptäcka och undanröja risker i miljön, såsom förekomst av potentiellt farliga föremål. Övergripande riskinventeringar ska genomföras årligen 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, där ett förebyggande förhållningssätt kan bidra till att 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.

Under året har följande utbildningstillfällen genomförts:

Sex grundutbildningsomgångar (fyradagarskurs för nyanställda och för personal som behöver repetera) med totalt 60 deltagare, två introduktionskurser (komprimerad tvådagarskurs för läkare) med totalt 15 deltagare, samt tre endagarskurser för sommarvikarier med totalt 30 deltagare. 45 stycken repetitionstillfällen/workshops (praktisk träning efter genomförd utbildning) har erbjudits med 10 personer per tillfälle. Omkring 70% av tillsvidareanställd personal har genomfört praktiskt träning i omhändertagande enligt Bergenmodellen.

De ansvariga för Bergenutbildningen inom NSP genomgår kontinuerlig fortbildning, vilket under 2017 bestått i gemensamma fortbildningsdagar tillsammans med andra kursledare i Stockholm samt en endagsutbildning med föreläsningar och information.

Till följd av ett antal våldsincidenter inom slutenvården tillsattes under slutet av 2017 en arbetsgrupp för att utarbeta rutiner för handläggning av särskilt utagerande patienter. Arbetsgruppen kommer att se över vilka åtgärder som skulle kunna minska hot och våld, och gruppen kommer att ha fokus såväl på arbetsmiljö, klinisk handläggning, personalstruktur och konkreta rutiner. Gruppen planerar bland annat att lägga fram ett förslag på en särskild åtgärdsplanering för de allra mest utagerande patienterna, i förhoppning om att förbättra såväl patientomhändertagande som arbetsmiljö för personal.

Suicidpreventivt arbete

Inom NSP finns sedan länge en suicidpreventiv grupp som arbetar aktivt med suicidprevention genom att handleda, stödja och utbilda personal i suicidfrågor. Suicidpreventiva gruppen ansvarar även för att det finns tydliga och kliniskt användbara rutiner för suicidriskbedömningar och annat suicidpreventivt arbete samt för stöd till personal och närstående på intranätet. Rutinerna tar sin utgångspunkt i det regionala vårdprogrammet. Gruppen anordnar dessutom psykologiska och retrospektiva genomgångar för berörd personal efter suicid och suicidförsök enligt en strukturerad modell. Suicidpreventiva gruppen ombesörjer individuellt stöd till personal eller närstående efter fullbordade suicid eller suicidförsök och handledning av personal i svåra ärenden med suicidala patienter.

Under år 2017 har suicidpreventiva gruppen haft individuella kontakter med närstående för stödinsatser i 16 olika ärenden. Vid åtta tillfällen har suicidpreventiva gruppen genomfört psykologisk genomgång med personal i nära anslutning till inträffade suicid. Retrospektiva genomgångar efter suicid har genomförts i 15 ärenden. Suicidpreventiva gruppen har haft handledning för personal i arbetet med högsuicidala patienter i 19 ärenden, där man i flera fall träffat patienten tillsammans med ordinarie personal. Även rådgivning i samband med omhändertagande av personal från andra kliniker efter suicid har ingått i arbetet. I utbildningshänseende har suicidpreventiva gruppen givit en endagskurs för ST-läkare i samtalsmetodik för mötet med den som inte orkar leva, genomfört en planeringshalvdag för slutenvården med tema suicidprevention, haft sju halvdagarsutbildningar i suicidriskbedömning för all personal, fem utbildningar i samtalsmetodik för AT-läkare, tre kurser (fem halvdagar vardera) i ACT för patienter med suicidal problematik, fyra utbildningstillfällen för sjuksköterskor på temat suicidriskbedömning i samband med självmald inläggning samt utbildning för sjuksköterskestudenter vid sju tillfällen. Suicidpreventiva gruppen har också bidragit med utbildningsinsatser på andra enheter, bland annat utbildning i suicidprevention på Sophiahemmets högskola vid fyra tillfällen, utbildning i suicidologi på Centrum för Psykiatriforskning samt deltagande i examination av sjuksköterskor under specialistutbildning i ambulanssjukvård på området bemötande av suicidal patient. En representant från suicidpreventiva gruppen deltar också i ett verksamhetsområdesövergripande arbete med rutiner kring suicidbedömningar. Suicidpreventiva gruppen arbetar slutligen kontinuerligt tillsammans med övriga verksamheter inom SLSO när det gäller suicidprevention och samarbetar med SKL, NASP, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, 1177, MIND och ett antal ideella organisationer i dessa frågor.

Uppföljning genom egenkontroll

En välfungerande egenkontroll är ett viktigt sätt att granska verksamheten och säkerställa dess kvalitet. Under 2017 har NSP genomfört eller deltagit i egenkontroll på följande sätt:

- Rapportering i kvalitetsregisterna Bipolär, ECT-registret, PsykosR och BUSA. Kvalitetsregistren ger möjlighet att utvärdera verksamhetens följsamhet till vårdprogram och behandlingsrekommendationer.
- Genomgått internrevision av Stockholms Läns Sjukvårdsområde med särskild fokus på patientsäkerhet och därtill hörande handlingsplan.
- 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 slutenvård.
- Genomförande av markörbaserad journalgranskning. Granskningen har omfattat 160 journaler inom kliniken.
- Veckovis utskick till chefsöverläkare och LPT-controller med statistik över tvångsvårdsbeslut. Uppgifterna sammanställs på halvårsbasis och presenteras för klinikledningen. Avvikelse eller förändring i omfattningen av tvångsvårdsbeslut observeras särskilt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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 det genomförts flera internutredningar 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 är att dessa samarbeten skall öka under 2018, som en följd av den nya lagstiftningen kring klagomålshantering och IVOs förändrade uppdrag.

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 skall hanteras på ett strukturerat och resurseffektivt sätt, där patienterna i minsta möjliga utsträckning skall "flyttas runt" utan istället ges adekvat vård på rätt plats.

Samverkan Statens institutionsstyrelse (SiS)

Under året har Norra Stockholms Psykiatri utvecklat och intensifierat ett samarbete med SiS. Inom klinikens upptagningsområde finns ett boende med platser för särskilt resurskrävande personer, som inte sällan har behov av såväl akutpsykiatrins som öppenvårdens insatser. Då dessa personer är tvångsvårdsplacerade enligt LVM eller LVU ställer omhändertagandet särskilda krav på kompetens och samordning. Målet under 2018 är att utse en särskild koordinator inom NSP som skall agera kontaktperson åt SiS personal då boenden har behov av psykiatrisk vård.

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 skal minska risken för att information går förlorad eller missuppfattas, i samband med patientförflyttningar.

Risicanalys

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 året har en särskild genomlysning av patienter som utfört suicid i nära anknytning till kontakt med akutpsykiatri initierats. En strukturerad genomgång av dessa patienter, med fokus på klinisk presentation, anhöriguppgifter, riskmarkörer och vårdförlopp har som mål att identifiera riskfaktorer som inte tillräckligt uppmärksammats. Förhoppningen är att detta skall medföra ett säkrare omhändertagande av suicidnära patienter och minska antalet genomförda suicid hos personer som har haft kontakt med psykiatri i nära anslutning till händelsen.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten

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. Medarbetare påminns regelbundet om vikten av avvikelserapportering. Avvikelse rapporterna sammanställs och analyseras på olika nivåer inom kliniken.

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

I samband med klinikens nya patientsäkerhetsorganisation och mot bakgrund av den förändring av klagomålshanteringen som varit nära förestående, har en ny rutin för hantering av klagomål och synpunkter arbetats fram. Många synpunkter kan hanteras direkt i kontakten med patient/anhörig. Patienten har dock även möjlighet att lämna ett skriftligt klagomål och kliniken har tagit fram en särskild blankett för detta ändamål, som skall 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 skall 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 slut- 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.

Samverkan med patienter och närstående

Ett välfungerande samarbete med patienter och anhöriga är av stor vikt för en fungerande patientsäkerhet. För att stärka kontakterna i vårdkedjan och minska avståndet mellan brukare och vårdgivare har NSP anställda med brukarerfarenhet, såväl på klinikövergripande nivå som på enhetsnivå. Kliniken har också ett brukarråd. I syfte att öka patienternas inflytande i vården tillämpar kliniken självvald inläggning.

Brukarinflytandesamordnare (BISAM)

NSP har två heltidstjänster i BISAM-funktionen på klinikövergripande nivå. Under år 2017 har en av tjänsterna dock inte varit kontinuerligt tillsatt, vilket har medfört en del begränsningar i planerat arbete. BISAM har deltagit i patientforum, bidragit till att implementera "Ett samtal om dagen", utvärderat aktiviteter i heldygnsvård och samarbetat med medarbetare med brukarerfarenhet (MB).

Patientforum

Under året har totalt 321 patientforum hållits inom klinikens heldygnsvård, med totalt 1180 deltagare. Sammanställningar kring vad som framkommer i dessa forum återkopplas till enheterna och sektionerna. På ett övergripande plan kan konstateras att positiv återkoppling/beröm huvudsakligen återfinns inom kategorin "behandling/omvårdnad", medan negativ återkoppling/kritik noteras inom kategorin "avdelningsmiljö", vilket vanligtvis handlar om bristande städning och avskalad eller sliten miljö.

Ett samtal om dagen

Ett samtal om dagen är avdelningsstruktur som under året införts inom NSP. Modellen grundar sig på återkommande synpunkter från patientforum angående brist på stödsamtal, alternativt att stödsamtal ges på ett ojämlikt 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 har en duration upp till 30 min. Agendan för samtalet sätts av patienten själv. Syftet med Ett samtal om dagen är öka patienters delaktighet och ge en bättre struktur åt vården.

Resultat och uppföljning:

Data som samlats in visar mycket positivt resultat. Personalen klarade i regel av att erbjuda alla patienter som önskade samtal. Personalen var positiv och upplevde att formen för Ett samtal om dagen hjälpte dem att skapa en bättre struktur och tid för att kunna prioritera samtalen. De upplevde också att de fick bättre insikt om patienternas situation. Initialt testades modellen som en pilot på en vårdavdelning. Avdelningen valde därför att fortsätta med Ett samtal om dagen som en del av avdelningens ordinarie arbetssätt. Arbetet fortsätter under 2018 med att försöka implementera Ett samtal om dagen på fler avdelningar. Rapporten i sin helhet går att läsa här: <http://dok.slso.sll.se/NSP/Ett-samtal-om-dagen-NSP.pdf>

Aktiviteter i heldygnsvård

Precis som tidigare år är regelbundna, personalledda aktiviteter på avdelningen det som både genererar mest beröm (för de avdelningar som har aktiviteter), och det som genererar mest kritik när de inte finns. Det rör sig om enkla saker som morgonsamlingar, morgonsträck, gemensam avslappning, promenader, kreativ verkstad eller kort mindfulnessövning i grupp. Tyvärr ser det fortfarande ut så att de flesta avdelningar inte har tillräckligt många regelbundna aktiviteter på avdelningen. Patienterna beskriver att upplevelsen blir att man "bara förvaras", och att sysslolösheten orsakar passivisering, ångest, frustration, och i värsta fall aggression.

Patienterna beskriver också hur de istället fyller ut tiden med rökning och att äta, vilket de inte tycker är bra för hälsan och återhämtningen.

Ur patientperspektivet skulle regelbundna aktiviteter på avdelningen vara en omvårdnadsåtgärd som skulle kunna minska hot, våld och destruktiva handlingar och samtidigt öka hälsofrämjande beteenden. Ökade avdelningsaktiviteter är således ett mål för patientsäkerhetsarbetet 2018.

Medarbetare med Brukarerfarenhet (MB)

Under 2017 skapades två fasta tjänster för MB inom affektiva sektionen vid NSP. MB bidrar bland annat genom att ta initiativ till och hålla i avdelningsaktiviteter. Aktiviteterna är välbesökta och uppskattade. Patienterna beskriver också att MB gör att de känner sig tryggare på avdelningen. De upplever att MB är lättare att prata med utifrån att de själva varit patienter och ”vet hur det är”. MBs arbete genererar mycket uppskattning från patienter och övrig omvårdnadspersonal. Antalet tvångsåtgärder på den avdelning där MB har anställts har sjunkit jämfört med föregående år. Detta är dock bara en observation kring korrelation, och det kan givetvis finnas andra faktorer som påverkat detta.

Rapport om MB finns att tillgå via BISAM på NSP.

Brukarrådet

Vid NSP 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 och återkoppling sker regelbundet till klinikledningen.

Självvald inläggning

I syfte att öka patienternas delaktighet i behandling tillämpar fyra av klinikens avdelningar självvald inläggning för definierade patientkategorier. Självvald inläggning innebär att patienten själv bestämmer 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.

Resultat

Inför år 2017 uppställdes fyra mål för patientsäkerheten:

Högre genomförandegrad och förbättrad kvalitet och dokumentation av strukturerade suicidriskbedömningar inom öppenvård; genomförda riskinventeringar på alla enheter; förbättrade våldsrisikbedömningar samt förbättrad information till patienter och anhöriga i samband med vårdskada.

Måluppfyllelse

Suicidriskbedömningar utförs med hög täckningsgrad inom kliniken. I öppenvården ökade andelen aktuella patienter med en dokumenterad suicidbedömning från 81% till 85%, och i slutenvården är täckningsgraden oförändrat hög, kring 99%. Kvaliteten på suicidriskbedömningarna har stadigt förbättrats i och med de kontinuerliga utbildnings- och informationsinsatserna, vilket är glädjande. Detta mål bedöms således vara uppfyllt.

4 riskinventeringar gjordes inom heldygnsvården under året. Därutöver gjordes en riskanalys med tillhörande handlingsplan inför sommarsituationen. Detta är dock sammantaget i underkant och innebär att målet för året inte uppnåts. Under nästkommande år kommer patientsäkerhetsgruppen att arbeta mer konkret med detta, då det varit en brist som följt kliniken de senaste åren. Planerade/schemalagda riskinventeringstillfällen och ökat stöd från patientsäkerhetssamordnaren, såväl praktiskt som teoretiskt, planeras under 2018.

Andelen våldsrisikbedömningar hos totalt antal aktuella patienter under år 2017 har inte formellt utvärderats, vilket delvis är avhängigt den nya patientsäkerhetsorganisationen och bristande överrapportering av planerade utvärderande åtgärder under året. Detta arbete kommer att återupptas och intensifieras under år 2018.

Vad gäller information till patienter och anhöriga har rutinen förtydligats och kommunicerats, vilket utifrån en granskning av inkomna ärenden till patientsäkerhetsrådet förefaller ha medfört en högre täckningsgrad av information i enlighet med Patientsäkerhetslagen 3 kap 8 §. Under året har också ytterligare skriftliga rutiner upprättats, med anledning av de nya riktlinjerna för hantering av klagomål inom hälso- och sjukvården. Dessa kommer att kommuniceras digitalt, via sektionsledningarna och i samband med ledarskapsdagar under början av 2018. Målet bedöms vara delvis uppfyllt.

Avvikelseberättelser

Ett stadigvarande mål i verksamheten är att öka antalet avvikelseberättelser, då detta är en källa till information och ger kliniken en möjlighet att utifrån faktiska förhållanden förbättra vård, omhändertagande och arbetsmiljö. Tyvärr har vi under året noterat en nedgång, eller återgång, till tidigare nivåer. Under år 2015 skrevs 677 avvikelseberättelser, under år 2016 ökade detta till 825 men under år 2017 har antalet åter gått tillbaka och landar på 652 stycken. Det finns anledning att vara självkritisk, då anställdas incitament att skriva avvikelseberättelser förbättras av snabb och tydlig återkoppling. Det har tyvärr rapporterats och uppmärksamats vid upprepade tillfällen att rapporteringssystemet Händelsevis brister i användarvänlighet. I syfte att motivera personal till fortsatt avvikelseberättelser bör kliniken således fokusera på att förbättra återkoppling och hantering av inkommande ärenden.

Tvångsvård

Tvångsvård förekommer huvudsakligen vid sju av klinikkens tio slutenvårdsavdelningar. Vid fem av dessa har vi kunnat se en minskning av antalet tvångsåtgärder under 2017 jämfört med föregående år. Sett över en tidsperiod om sju år kan man konstatera att andelen patienter som tar tvångsåtgärder är relativt stabilt, men vi kan observera en förändring av val av åtgärd, med en ökad andel avskiljningar och en minskad andel bältesläggningar. Trots att det givetvis är svårt att värdera individuella åtgärder är bedömningen att avskiljning är något mindre integritetskränkande för individen och att förändringen således är av godo. Glädjande nog har vi därtill sett en gradvis ökning av antalet erbjudna uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd under året, från 56% år 2016 till 62% år 2017. Trots att det går åt rätt håll är detta långt ifrån tillräckligt, och ett fortsatt arbete kommer att pågå under 2018.

IVO-anmälningar/suicid

Totala antalet IVO-anmälningar var 27 stycken, varav 25 stycken var anmälan enligt Lex Maria och två stycken anmälan om brister i säkerhet. Dessa siffror är väsentligen oförändrade från föregående år. Under år 2017 var antalet misstänkta eller bekräftade suicid bland patienter som haft kontakt på någon av NSPs enheter något högre än tidigare år. Detta kan delvis förklaras av att den nya lagstiftningen kring anmälan av vårdskador som trädde i kraft 1 september 2017, vilket inneburit att suicid kommit att uppmärksammas och registreras på ett systematiskt sätt även om det gått mer än fyra veckor sedan senaste kontakt med kliniken. Vi har dock skäl att tro att det inte är hela förklaringen, utan att det också varit en reell ökning. Denna farhåga har legat till grund för en utredning avseende genomförda suicid, vars resultat kommer att sammanställas och presenteras under 2018.

Övergripande mål och strategier för kommande år

2018 kommer att bli ett innehållsrikt och spännande år för kliniken och dess patientsäkerhetsarbete.

Dels kommer den nya patientsäkerhetsorganisationen att utvecklas och integreras med den övriga verksamheten, dels har kliniken att ta fasta på de nya lagar och föreskrifter som råder på området. Att på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt bemöta klagomål och synpunkter från patienter och närstående är en kontinuerlig utmaning för samtliga grenar av verksamheten, och vikten av att detta sker i överensstämmelse med patienternas önskemål och förväntningar ökar i takt med att IVOs uppdrag förändras.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet för år 2018 inkluderar följande:

- 1) Ett ökat förtroende för verksamhetens avvikelse- och rapporteringssystem. Detta innebär inte nödvändigtvis att ett större antal avvikelserapporter bör författas, utan tonvikten skall ligga på att hanteringen och återkopplingen av observerade avvikelser eller risker skall vara tydlig, lättillgänglig och meningsfull. HändelseVis har fördelar som rapporteringsportal, men tyvärr upplevs det svårtillgängligt av medarbetarna och såväl vid rapportering som vid handläggning och återkoppling finns en bristande användarvänlighet. Om medarbetarna upplever att risker och avvikelser hanteras på ett strukturerat sätt i verksamheten ökar chansen att detta kommunikationsmedel används på ett sätt som förbättrar registrering och avvikelshantering.
- 2) En ökad inkludering av patienter och anhöriga i utrednings- och förbättringsarbetet på kliniken. Ett fortsatt strukturerat arbete med patientforum, ökad transparens i utredningsförlopp och samarbete med anhöriga är delar i denna utvecklingsprocess.
- 3) Genomförda och kvalitativa riskinventeringar i heldygnsvården. Strävan att uppnå detta mål har följt klinikkens patientsäkerhetsorganisation genom åren, tyvärr utan att nå önskad framgång. Vi ser ett behov av en tydligare planering och ett mer aktivt stöd av den klinikövergripande patientsäkerhetsorganisation, vilket därför kommer att iscensättas under 2018. Att i preventivt syfte inventera och identifiera risker är ett nödvändigt inslag i en fungerande och trygg vårdmiljö.
- 4) Utarbetande av en fungerande och lättöverskådlig struktur för kategorisering av risker med en tydlig åtgärdsplan. Det finns behov av att rapporterade avvikelser kan kopplas till planerade och/eller utförda förbättringsåtgärder och att dessa kan granskas på en övergripande nivå, för att på så sätt skönja trender och strukturella mönster. Detta är ett projekt som behöver implementeras i verksamheterna.

Klinikens klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare kommer att gå en tvådagarsutbildning i det nya klagomålssystemet, för att verksamheten på ett strukturerat och ändamålsenligt sätt skall kunna hantera inkommande ärendet. Patientsäkerhetsrådet kommer att informera och utbilda sektionsledning och utvalda enheter. Inkommande klagomål och avvikelser kommer att registreras på ett mer strukturerat sätt än tidigare, i syfte att bättre kunna överblicka återkommande problem. Patientsäkerhetsrådet ansvarar för att ta fram åtgärdsförslag och initiera klinikövergripande förändringsarbete. Ett fortsatt arbete med utbildning/fortbildning kring suicidprevention är en grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet, vars betydelse inte nog kan understrykas.