
Patientsäkerhetsberättelse

Norra Stockholms psykiatri

2018

2019-01-24

Hanna Edberg
Chefsöverläkare
&
Åsa Lundborg
Patientsäkerhetssamordnare

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| SAMMANFATTNING | 1 |
| Övergripande mål och strategier | 2 |
| Hälso- och sjukvårdspersonalen | 4 |
| STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING | 5 |
| HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET | 6 |
| UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL | 9 |
| SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR | 10 |
| RISKANALYS | 12 |
| HÄLSO- 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 | 18 |
| ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR | 21 |

Sammanfattning

Norra Stockholms Psykiatri (NSP) har under år 2018 fortsatt arbetet med att utveckla en ny patientsäkerhetsorganisation, ett arbete som initierades under år 2017. Den nya organisationen har sin utgångspunkt i fokusområden. En stor del av arbetet har handlat om att i större utsträckning än tidigare involvera enheterna och förbättra återkoppling efter utredningar och riskanalyser.

Kliniken använder avvikelserapportering som en central del i förbättringsarbetet, och antalet avvikelser har ökat under året, vilket var ett uppsatt mål från föregående år. Att medarbetarna rapporterar avvikelser och risker ger kliniken möjlighet att på ett strukturerat sätt arbeta förbyggande och riskpreventivt. Tillbud och negativa händelser har utretts genom internutredningar och riskanalyser. Antalet internutredningar har varit något större än under föregående år.

Egenkontroll har skett i form av journalgranskning, inrapportering till kvalitetsregister, patient- och medarbetarenkäter samt kontinuerlig granskning av tvångsvården. Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) har under året genomfört en nationell tillsyn avseende användningen av tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård, och som ett led i detta granskat tvångsvården inom NSP. Kontinuerligt sker även egenkontroll av verksamheten 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 av kliniken helt eller delvis har uppfyllt de mål som ställdes för verksamhetsåret. Utredningsarbetet med avseende på patientsäkerhet har haft större fokus på att involvera anhöriga och på att återkoppla resultat och följa upp åtgärder, vilket är glädjande. Därtill noteras en ökning av antalet rapporterade avvikelser. Dels ger dessa ett nödvändigt informationsunderlag för klinikkens patientsäkerhetsarbete och dels signalerar det en medvetenhet om vikten av att samtliga medarbetare observerar och rapporterar risker och negativa händelser. Slutligen har kliniken i enlighet med målbilden för året lagt större fokus på riskanalyser och utfört dylika i betydligt större omfattning än under föregående år.

Övergripande mål och strategier

Målet för patientsäkerhetsarbetet vid NSP är att det skall genomsyra verksamheten i alla led. En utgångspunkt i organisationen är 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 och vi välkomnar 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). Resultaten av IVOs granskningar återkopplas till involverad personal och diskuteras på enheterna i samband med personalmöten, arbetsplatsträffar och planeringsdagar.

Målen från föregående år inkluderade en förbättrad informationskedja i avvikelshanteringen, med förbättrad återkoppling och översyn av planerade och vidtagna åtgärder, ökad inkludering av patienter och anhöriga i avvikelse- och förbättringsarbetet och förbättrade riskinventeringar i heldygnsvården.

Fokusområden för det kommande året blir bland annat att fortsätta utveckla patientsäkerhetsorganisationen och förbättra kvaliteten på återkoppling till enheterna och uppföljning efter avvikelser och riskhantering; arbeta för en tryggare och säkrare tvångsvård med ökad delaktighet i Bergenutbildningar och fokus på lågaffektivt bemötande; öka antalet och förbättra innehållet i uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder samt utveckla patientdelaktighet och brukarinflytande i vården.

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 patientsäkerhetsråd.

Under år 2018 har NSP vidareutvecklat den nya patientsäkerhetsorganisation vars grund lades under år 2017. Organisationens struktur beskrivs vidare nedan.

I syfte att uppnå ett förbättrat flöde i patientsäkerhetsarbetet har kliniken valt att organisera hanteringen av patientsäkerhetsfrågor, med utgångspunkt i tre fokusområden. Patientsäkerhetsrådet utgör en övergripande strategisk instans, därutöver sker arbetet parallellt i tre arbetsgrupper: patientsäkerhetsgruppen, suicidpreventiva gruppen och utvecklingsgruppen.

Patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet består av en sektionschef (sammankallande), chefsöverläkaren, den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren, representanter från arbetsgrupperna, överläkare/docent i psykiatri 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 klinikkens övergripande patientsäkerhetsarbete, med fokus på proaktiva och förebyggande åtgärder.

Patientsäkerhetsgruppen

Gruppen består av den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren (sammankallande) och patientssäkerhetssamordnare som representerar alla sektioner inom NSP; akutsektionen, ångestsektionen, äldresektionen, psykossektionen och den affektiva sektionen. Gruppen genomför internutredningar, händelseanalyser och riskanalyser samt kan på förfrågan av sektionschef bistå enheterna vid avvikelserapporthering.

Gruppen är också samordnande organ för klagomålshantering från patienter och anhöriga och för statistik över avvikelser och inkomna klagomålsärenden.

Suicidpreventiva gruppen

Gruppen består av överläkare med särskilt fokus på suicidpreventivt arbete (sammankallande) samt särskilt utvalda medarbetare med kompetens i anhörigstöd och retrospektiv genomgång. Gruppen ansvarar för utbildningar i suicidprevention samt för att genomföra akuta och planerade genomgångar med anhöriga och personal efter suicid. Gruppen utför 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 involveras på olika sätt i patientsäkerhetsgruppens arbete när det gäller ärenden som rör suicid.

Utvecklingsgruppen

Klinikens brukarinflytandesamordnare (BISAM) har under året varit sammankallande för utvecklingsgruppen, vars syfte är att identifiera förbättringsområden och utarbeta utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet. Denna grupp har avsiktligt en mindre strukturerad profil, i syfte att utifrån ett kreativt och fritt arbetssätt finna nya lösningar på problem. Gruppen har arbetat utifrån ett PDSA ("Plan-Do-Study-Act"), en kvalitetsteknisk metod som syftar till kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete. Under 2018 har gruppen framför allt arbetat med implementeringen av *Ett samtal om dagen* (se sid 14). Inför 2019 kommer gruppen se över vilka behov som finns inom kliniken och se över vilka insatser och åtgärder som kan vara ändamålsenliga.

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

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 **klunikövergripande patientsäkerhetssamordnaren** har under 2018 tagit fram en arbetsgång för att arbeta med återkoppling/uppföljning av de åtgärdsförslag och beslut som internutredningarna resulterar i.

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 första halvan av 2018 kommunicerades den nya patientsäkerhetsorganisationen till enheterna i samband med ledarskapsdagar och arbetsplatsträffar. En ny klinikövergripandepatientsäkerhetssamordnare tillträdde. Möten har skett i genomsnitt en gång per vecka med en strukturerad agenda.

Säkerhetsrund/riskinventeringar

Övergripande riskinventeringar genomförs årligen på enheterna inom heldygns- och öppenvården. Inom heldygnsvården genomför 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 våldscider 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, två introduktionskurser (komprimerad tvådagarskurs för läkare) med totalt 66 deltagare, samt fyra endagarskurser för sommarvikarier med totalt 22 deltagare. 54 repetitionstillfällen/workshops (praktisk träning efter genomförd utbildning) har erbjudits med 10 personer per tillfälle. Omkring 50 % 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.

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. Rutinerna tar sin utgångspunkt i det regionala vårdprogrammet. Under 2018 har en ny rutin implementerats som innebär att enhetschefen tar kontakt med Mobila Akutenheten när ett suicid inträffat för att säkerställa att både närstående och medarbetare omgående får det stöd som de har rätt till.

Under år 2018 har suicidpreventiva gruppen haft individuella kontakter med närstående för stödinsatser och genomfört psykologiska och retrospektiva genomgångar med personal i nära anslutning till inträffade suicid enligt en strukturerad modell. Suicidpreventiva gruppen har haft handledning för personal i arbetet med högsuicidala patienter och arrangerat utbildningstillfällen i suicidriskbedömning och samtalsmetodik i mötet med den som inte orkar leva. Suicidpreventiva gruppen har också bidragit med utbildningsinsatser på andra enheter, bland annat vid Centrum för Psykiatrforskning. 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 2018 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.
- Ingått i IVOs nationella granskning avseende användning av tvångsåtgärder inom psykiatrisk heldygnsvård.
- 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 chefsöverläkare och 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

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 2018, som en följd av den nya lagstiftningen kring klagomålshantering och IVOs förändrade uppdrag. Under 2018 har gemensamma utredningar skett med bland annat Psykiatri Nordväst, Psykiatri Södra, Beroendecentrum Stockholm och Praktikertjänst.

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. En överläkare är specifikt ansvarig för de patienter som vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och har sin öppenvård på en privat mottagning.

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 har även under 2018 skett med gemensamma internutredningar.

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. Under 2018 utsågs en särskild koordinator (Agnetha Nilsson) inom NSP som kontaktperson åt SiS personal.

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

Under 2018 har en utbildningsfilm i SBAR tagits fram som kommer att publiceras på intranätet (Insidan) under första kvartalet 2019.

Risikanalyser

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 2018 har följande riskanalyser genomförts:

- Vårdform HSL/LPT
- Förstärkt öppenvård/ADHD
- Sommarplanering 2018
- Extravak på somatisk avdelning
- Sammanslagning av öppenvårdsmottagningar
- Riskanalys avseende läkemedelsrum
- Flexibel nattbemanning på avdelning 51
- Flytt av mottagningen för äldre från S:t Göran till Alvik
- Evakuering av avdelning 51 till avdelning 8
- Evakuering av avdelning 53 till avdelning 8
- Säker vårdmiljö psykiatriska akutmottagningen

Dessa analyser kommer att följas upp under första kvartalet av 2019 för att kliniken ska dra lärdom om vad som fungerat och vad som inte fungerat.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet 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. 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 och kan med fördel utgöra en grund till förändringsarbetet på enheterna.

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

I samband med klinikens nya patientsäkerhetsorganisation och mot bakgrund av förändringen av klagomålshanteringen från 1 januari 2018, 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 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 15.
- Samtal i telefon och vid behov även personliga möten.

Samverkan med patienter och närstående

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*. Nytt för 2018 har varit en bredare implementering av *Ett samtal om dagen* i heldygnsvården och uppstart av *Patientskolan* i öppenvården.

Brukarinflytandesamordnare (BISAM)

BISAMs uppdrag är att samordna klinikkens arbete med delaktighet och brukarinflytande. NSP har två heltidstjänster i BISAM-funktionen. Under 2018 har den ena tjänsten varit tillsatt 100 %, medan den andra varit tillsatt 25-30 % under vårterminen och 61 % under höstterminen. Detta har gjort att vissa arbetsuppgifter behövs minskas ner (bland annat Patientforum, se nedan). BISAM har lett patientforum och brukarråden, lett och utvärderat implementeringen av *Ett samtal om dagen*, hållit Patientskola i öppenvården, suttit med i Patientsäkerhetsrådet och samarbetat med medarbetare med brukarerfarenhet (MB).

Medarbetare med Brukarerfarenhet (MB)

Kliniken har sedan tidigare två fasta heltidstjänster för MB inom affektiva sektionen, och verkar för närvarande på avd. 53, avd. 25 och Affektiva Mottagningen I på S:t Eriksplan. Under 2018 skapades ytterligare en MB-tjänst, där rekryteringsprocessen kommer bli klar tidigt under 2019. 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. Nytt för 2018 är att MB tillsammans med BISAM arbetat med en Patientskola 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 minskat under 2018. Totalt har 31 forum hållits med sammanlagt 220 deltagare. Sammanställningar kring vad som framkommer i dessa forum återkopplas till enheterna och sektionerna. Ett tydligt förbättringsområde som framkommit under forumen är vårdplaner, då en vanlig synpunkt från forumen är att patienter inte känner till sin vårdplan. Detta lyfts därför in i förbättringsarbetet för 2019 (se "Övergripande mål och strategier").

Brukarrådet

Klinikens brukarråd sammanträder månadsvis tillsammans med BISAM, några gånger per termin deltar även verksamhetschefen. Brukarrådet består av representanter från olika patient- och närståendebildningar. 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 Psykiatriforsknings enhet för modulstöd. Arbetet med Självvald inläggning beforskas och studier publiceras löpande. Mer info och kontakt: <http://www.psykiatriforskning.se/utveckling/sjalvvald-inlaggning-vid-psykos/>

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 2018 har handlat om att implementera arbetssättet vid samtliga heldygnsvårdsavdelningar inom NSP. De data som samlats in har ännu inte analyserats i sin helhet, men visar hittills på ett positivt resultat. Patienter som erbjudits samtal har via enkäter och forum uppgett sig vara nöjda med insatsen. Personalen har generellt varit positiv och upplevt att formen hjälpte dem att skapa en bättre struktur och prioritering. De upplevde också att de fick bättre insikt om patienternas situation.

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 2018 har Patientskolan gått i två omgångar om fyra tillfällen vardera.

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 2019 är att hålla två omgångar patientskola per termin, med inriktning mot fler mottagningar inom NSP. En vision är att utöka arbetet ännu mer framöver. Patientskolan kommer även ingå i ett 6-årigt forskningsprojekt på Karolinska institutet, som ämnar studera patientdrivna vårdinnovationer.

Resultat

2018 har varit ett innehållsrikt år för verksamheten och dess patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsorganisationen har utvecklats och integrerats tydligare med den övriga verksamheten. Kliniken har tagit 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. Kliniken arbetar kontinuerligt med att tillse att hantering av klagomål och synpunkter sker i överensstämmelse med patienternas önskemål och förväntningar.

Klinikens klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare har genomgått en tvådagarsutbildning i ärendehantering för att verksamheten på ett strukturerat sätt skall kunna hantera synpunkter och klagomål. Inkommande klagomål och avvikelser registreras nu 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 därutöver en grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet, vars betydelse inte nog kan understrykas.

De övergripande målen för patientsäkerhetsarbetet år 2018 inkluderade följande:

- 1) Ett ökat förtroende för verksamhetens avvikelse- och rapporteringssystem. Tydlig, lättillgänglig och meningsfull hantering och återkoppling av observerade avvikelser eller risker.
- 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.
- 3) Genomförda och kvalitativa riskinventeringar i heldygnsvården.
- 4) Utarbetande av en fungerande och lättöverskådlig struktur för kategorisering av risker med en tydlig åtgärdsplan.

Måluppfyllelse

- 1) Antalet rapporterade avvikelser har ökat något under år 2018 (666 år 2018 jämfört med 614 år 2017). En stor del av ökningen kan tillskrivas akutsektionen, där antalet rapporterade avvikelser ökade markant. De mest förekommande avvikelserna har berört dokumentation och informationsöverföring samt behandling/omvårdnad. Inkomna avvikelserrapporter handläggs primärt av närmaste chef, med direkt återkoppling till den inrapporterande. I de fall det var nödvändigt att ärendet hanterades på sektions- eller kliniknivå har det vidare rapporterats, och i förekommande fall har det medfört internutredningar eller riskanalyser.

Återkopplingen till rapporterande enheter har ökat under år 2018 då patientsäkerhetssamordnaren har standardiserat återföring av information efter utredning. **Målet bedöms uppfyllt.**

- 2) Patientsäkerhetssamordnaren har haft som mål att kontakta anhöriga i samtliga utredningsfall, och i de fall den aktuella patienten fortfarande vårdas i heldygnsvård har patientsäkerhetssamordnaren i flera fall gjort ett personligt besök hos denna för att få direkt återkoppling och inhämta åsikter och synpunkter. Införandet av en ärende- och internutredningsöversikt (se punkt 4) har medfört att kontakterna med anhöriga tydligare dokumenteras och säkerställs. Antalet patientforum har tyvärr minskat något under 2018, då BISAM-funktionen inte varit fullt tillsatt. Förbättringspotential finns för 2019. **Målet bedöms delvis uppfyllt.**
- 3) Elva riskanalyser har utförts under år 2018, vilket är en förbättring jämfört med föregående år då fem riskanalyser genomfördes. Riskanalyserna har presenterats för klinikledningen och i förekommande fall på samverkansmöten med fackliga representanter. **Målet bedöms uppfyllt.**
- 4) En strukturerad ärende- och internutredningsöversikt har upprättats under året, vilket har medfört en lättöverskådlig struktur av vilka insatser som utförts i respektive ärende och vilka åtgärder som planeras. Åtgärdsöversikten går igenom regelbundet på patientsäkerhetsrådet och återkopplas till sektioner/enheter samt till klinikledningen. **Målet bedöms uppfyllt.**

Övriga resultat för år 2018

Suicidriskbedömningar utförs med hög täckningsgrad inom kliniken. I öppenvården har 85 % av patienter en dokumenterad suicidriskbedömning, vilket är oförändrat från föregående år. I heldygnsvården är täckningsgraden oförändrat hög, kring 99,5 %.

Tvångsvård

Tvångsvård förekommer huvudsakligen vid sju av klinikkens tio heldygnsvårdsavdelningar. Överlag har vi sedan föregående år kunnat observera ett minskat antal tvångsåtgärder inom heldygnsvården (se figur 2). Sett över en tidsperiod om sju år kan man dock 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. Vi ser en fortsatt ökning av antalet erbjudna uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd under året, från 62 % år 2017 till 69 % år 2018. Vårdplaner vid tvångsvård upprättas systematiskt i heldygnsvård och ligger omkring 95 %.

Internutredningar, anmälningar till IVO

Under år 2018 genomförde kliniken 62 internutredningar, efter rapport om risk eller tillbud. 28 av dessa internutredningar föranleddes av ett suicid. Samtliga utredningar underställs chefläkare på SLSO. I 11 fall medförde utredningen ett beslut av chefläkaren om anmälan till IVO enligt Lex Maria. I 2 fall beslutade verksamhetschefen vid NSP om anmälan till IVO om brister i säkerheten.

Cirka 20 ärenden är alltjämt pågående, där beslut om vidare åtgärd eller anmälan till IVO ännu inte har fattats. Antalet anmälningar enligt Lex Maria har således eventuellt minskat sedan tidigare år (25 anmälningar år 2017), vilket kan förklaras av den nya lagstiftningen kring anmälan av vårdskador som trädde i kraft 1 september 2017, vilket bland annat inneburit att suicid numera inte anmäls rutinmässigt, utan endast om det finns en misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Samtliga suicid utreds dock grundligt och utredningarna granskas av chefläkare på SLSO.

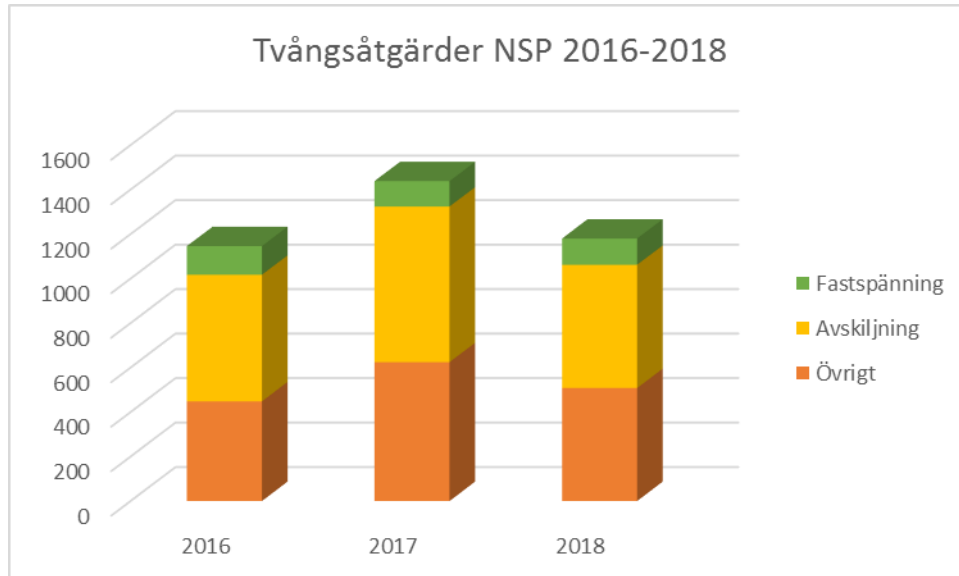


Fig. 2. Tvångsåtgärder inom Norra Stockholms Psykiatri 2016-2018

Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet för år 2019 kommer att inkludera följande:

- 1) Patientsäkerhetsorganisationen inom NSP har ett pågående arbete med att utveckla organisationen, vilket initierades under 2017. Förbättringsarbeten och utvecklingsarbeten behöver integreras som en del av patientsäkerhetsarbetet inom kliniken.
- 2) Fortsatt arbete med att förbättra återkoppling till enheterna efter utredningar avseende patientsäkerhet, med tydligare uppföljning med avseende på 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. Utbildningar i tvångsvårds- och nödlagstiftning samt lågaffektivt bemötande för personal.
- 4) Förbättra innehållet i uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. Utveckla återkoppling av samtalsinnehållet i uppföljningssamtalen och integrera det i vård- och krisplan.
- 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) Fyra medarbetare kommer att genomgå utbildning i markörbaserad journalgranskning under 2019 för att kunna medverka i granskningen som en del av patientsäkerhetsarbetet.