

Patientsäkerhetsberättelse för *Norra Stockholms psykiatri*

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet

2021-01-15 Hanna Edberg, chefsöverläkare

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER	2
ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	2
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	3
HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	4
UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL	5
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	6
RISKANALYS	7
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN	7
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL	7
SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	8
COVID-19	10
RESULTAT	11
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	12

Sammanfattning

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

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

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

År 2020 har präglats av Covid-19-pandemin. Pandemin har inneburit många akuta förändringar i verksamheten och ett behov av att fokusera på vårdens innehåll utifrån nya problemställningar och ett patientsäkert omhändertagande. Detta har fått till följd att många utvecklingsprojekt och utbildningar som krävt fysiska möten har skjutits på framtiden, liksom planerade uppföljningar av tidigare insatser och liknande icke-akuta åtgärder. Inspirationsdagarna som skett två gånger per år har ersatts med enhetsbesök av klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare och sektionssamordnare. Resultatmässigt kan konstateras att kliniken trots omställningen helt eller delvis har uppfyllt huvuddelen av de mål som ställdes för verksamhetsåret ur patientsäkerhetssynpunkt. Kliniken har fortsatt att granska avvikelser och utreda vårdskador och brister i säkerheten. Patientsäkerhetsarbetet blir successivt alltmer integrerat i den kliniska verksamheten vilket är mycket positivt. Att ständigt arbeta med att uppmärksamma och rapportera risker, det vill säga att stimulera medarbetarna att rapportera potentiella risker redan innan de orsakat konkreta händelser, bedöms vara av vikt för ett preventivt och välfungerande arbete. Detta arbete förutsätter att verksamheten har högt i tak samt god kontakt och öppen kommunikation mellan olika verksamhetsgrenar. Tät kontakt mellan patientsäkerhetssamordnare, chefer och klinikledning är en annan förutsättning som bidrar till öppet och inkluderande klimat.

Övergripande mål och strategier

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

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

Målen för 2020 var:

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

Dessa mål har helt eller delvis uppfyllts.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

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

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

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

Patientsäkerhetsorganisationens struktur beskrivs vidare nedan.

Patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet är en övergripande strategisk instans, bestående av ett tvärprofessionellt team av olika yrkesgrupper och funktioner på kliniken. Patientsäkerhetsrådet ska vara ett rådgivande organ som identifierar återkommande händelser och risker, lägger fram riktlinjer för strategiskt förbättringsarbete och ger regelbunden återkoppling till klinikledningen. Rådets syfte är också att utarbeta strategier för klinikens övergripande patientsäkerhetsarbete, med fokus på proaktiva och förebyggande åtgärder. Rådet för statistik över avvikelser och inkomna klagomålsärenden.

Patientsäkerhetsgruppen

Gruppen består av den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren (sammanställande) och representanter från klinikens sektioner. Gruppen genomför internutredningar, händelseanalyser och riskanalyser samt kan på förfrågan av sektionschef bistå enheterna vid avvikelserapporthantering. Denna grupp ses varannan vecka och under 2020 blev det i större utsträckning digitala möten.

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

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

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

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

När vårdskada bedöms ha inträffat informeras patienten i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Patient och närstående skall i största möjliga mån involveras i utrednings- och förbättringsarbetet.

NSPs skriftliga rutiner för hur avvikelser och vårdskador skall hanteras finns tillgängliga för samtliga medarbetare i dokumenthanteringssystemet Dokumenta.

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

Den klinikövergripande patientsäkerhetssamordnaren har under 2020 fortsatt öka det proaktiva arbetet med riskinventering samt uppföljning och utvärdering av utredningar/ärenden/avvikelser gemensamt med sektionssamordnarna.

Kliniken genomförde under 2020 markörbaserad journalgranskning. Resultat av granskningen återkopplas löpande under året via linjeorganisationen ut till alla enheter.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Avvikelsehantering

Processen för avvikelserapportering är väsentligen oförändrad sedan flera år. All personal har skyldighet att rapportera observerade risker, tillbud eller negativa händelser i verksamheten. Rapportering av avvikelser sker enligt klinikkens rutin i systemet HändelseVis och enhetschef/MAL handlägger primärt avvikelserapporten. Återkoppling av ärenden sker direkt till rapportören och på enhetsnivå via arbetsplatsträffar. I det fall 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.

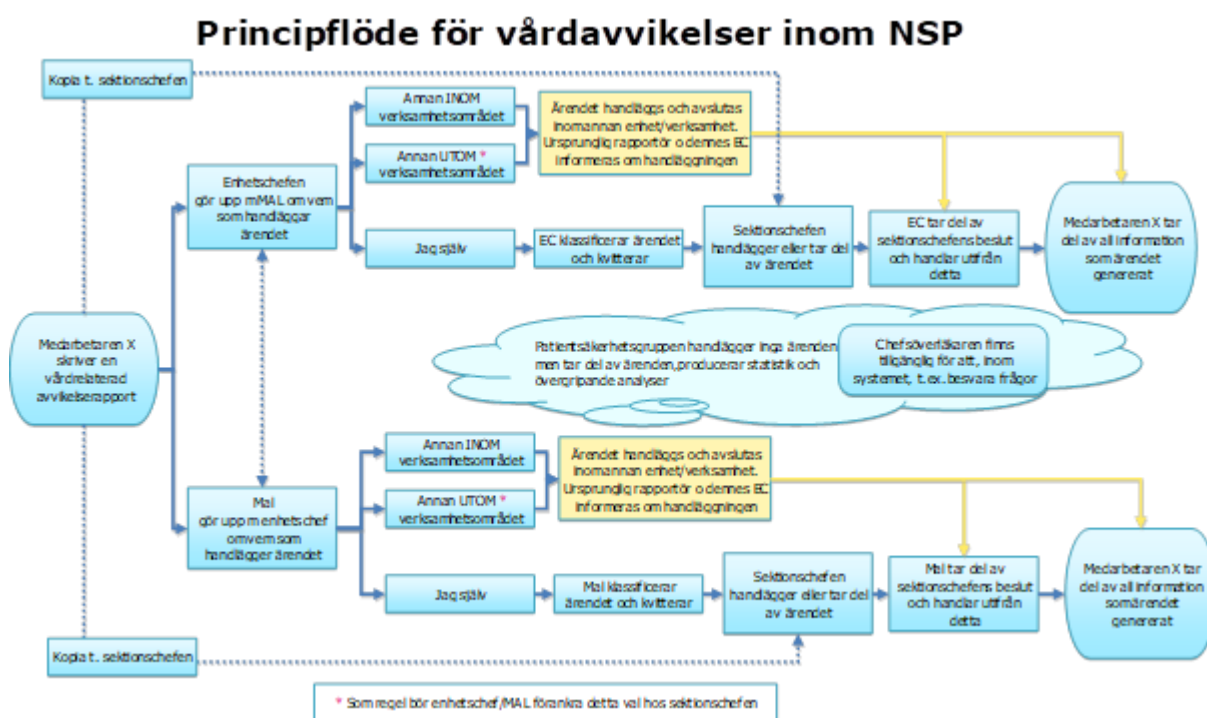


Fig. 1. Principflöde för vårdavvikelser inom NSP

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 beslut om Lex Mariaanmälan, efter rapport från patientsäkerhetsrådet, chefsöverläkare eller verksamhetschef.

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

Säkerhetsrund/riskinventeringar

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

Hot- och våldsprevention

Hot- och våldsprevention enligt Bergenmodellen är ett etablerat arbetssätt inom heldygnsvården sedan ett flertal år. Arbetssättet bedöms ha stor betydelse för patientsäkerheten, där ett förebyggande förhållningssätt kan bidra till att minska antalet våldsincidenter och tvångsåtgärder. Alla nyanställda ska genomgå grundutbildning och ordinarie personal ska delta vid repetitionsutbildningar minst en gång per år. Utbildningen ger också grundläggande kunskap om tvångslagstiftningen.

Covid-19-pandemin har medfört att de flesta fysiska utbildningar i Bergenmodellen har ställts in, för att förhindra smittspridning. Detta har haft en negativ inverkan på Bergenutbildningen, då en central del i utbildningen består av fysiska träningstillfällen då man lär ut det praktiska omhändertagandet som Bergenmodellen innebär. Den teoretiska utbildningen har dock skett som vanligt och man har ansträngt sig för att upprätthålla utbildningen för timvikarier och ny personal, med hjälp av bland annat en filmsekvens där de olika strategierna demonstreras.

Akutsektionen har fortsatt att genomföra Bergenutbildningar inklusive fysiska träningar, dock i mindre omfattning med färre deltagare. Bergenmodellen bedöms vara en så pass central och viktig del i det akuta omhändertagandet att det bedömdes medföra för stora patientsäkerhetsrisker att ställa in dessa utbildningar och träningstillfällen.

Suicidpreventivt arbete

Inom NSP sker sedan länge suicidpreventivt arbete genom att handleda, stödja och utbilda personal i suicidfrågor. Kliniken har tagit fram kliniskt användbara rutiner för bedömning av suicidrisk, stöd till närstående före och efter suicid samt stöd till personal efter suicid. Dessa rutiner har legat till grund för ett övergripande arbete inom Verksamhetsområde psykiatri som lett till framtagande av regionövergripande riktlinjer.

Inom NSP ska varje enhetschef kontakta Mobila Akutenheten när ett suicid har inträffat för att säkerställa att både närstående och medarbetare omgående får det akuta stöd som de har rätt till. En psykologisk och en retrospektiv genomgång med personal efter suicid ska alltid ske, för att fånga upp personal, utvärdera behandlingsinsatser och identifiera förbättringsområden. Utvald personal från MAE har genomgått en utbildning i psykologiska genomgångar och utför dessa. Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare deltar i vissa fall.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

En välfungerande egenkontroll är ett viktigt sätt att granska verksamheten och säkerställa dess kvalitet. Under 2020 har NSP genomfört eller deltagit i egenkontroll på följande sätt:

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Klinikgemensamma internutredningar

Den psykiatriska vården inom SLSO består av flera kliniker, och inte sällan har patienter kontakt med mer än en klinik. Under året har flera internutredningar genomförts i samarbete mellan två eller flera kliniker och/eller privata vårdgivare, i syfte att följa patientens färd genom vårdapparaten och bättre belysa strukturella svårigheter. Under 2020 har gemensamma utredningar skett med bland annat Beroendecentrum Stockholm och med Specialistcentrum inom SLSO.

Samverkan privata vårdgivare

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

Samverkan Beroendecentrum Stockholm

Företrädare för akutsektionerna vid Norra Stockholms psykiatri och Beroendecentrum Stockholm träffas regelbundet ungefär en gång per månad för att gå igenom avvikelser, se över specifika ärenden och uppdatera samarbetsrutinen. Rutinen styr hantering av akuta patienter med såväl substansbrukssyndrom som psykiatrisk sjuklighet. Målet är att dessa ärenden ska hanteras på ett strukturerat och resurseffektivt sätt, där patienterna i minsta möjliga utsträckning ska "flyttas runt" utan istället ges adekvat vård på rätt plats. Samverkan har även under 2020 skett med gemensamma internutredningar.

Rapportering enligt SBAR

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

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Möjlighet att identifiera återkommande risker finns dels på individnivå, där personal uppmärksammar risksituationer eller – företeelser och rapporterar dessa i HändelseVis. Återkommande risker granskas av patientsäkerhetsrådet vid rådets genomgångar av klagomål, avvikelser och vårdskador.

Risker kan uppmärksammas i samband med enheternas dagliga säkerhetsronder och mer övergripande riskinventeringar. Därutöver observeras risker av patienter/närstående 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 2020 har följande riskanalyser genomförts:

- Riskanalys avdelning 4 & avdelning 51
- Riskanalys flytt av administrationen
- Riskanalys implementering av Generisk modell Självvald inläggning (SI) – Järva psykiatri med avdelning 3 och 5
- Riskanalys implementering av Generisk modell Självvald inläggning (SI) – Ångestsektionen
- Riskanalys inomhusklimat inför sommaren 2020
- Riskanalys sommar 2020 samverkan och SLSO
- Riskanalys apparater ECT
- Riskanalys avseende patientsäkerhetsrisker utifrån JOs granskning och beslut 1732-2019.

Tre enheter har även valt att genomföra lokala riskanalyser kring skyddad id, sekretess i lokalerna samt kvällsöppet på mottagning.

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

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

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

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

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

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

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

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

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

- Patientenkäter används inom såväl sluten- som öppenvård som ett verktyg för att insamla information. Patienterna erbjuds regelmässigt att fylla i enkäter vid utskrivning från sjukhusvård. Resultatet sammanställs och återkopplas direkt till enheterna.
- Funktionsbrevlådan är en kanal för allmänheten att via klinikens hemsida och via e-post få ställa frågor eller lämna synpunkter av allmän karaktär till kliniken.
- Brukarinflytandesamordnare (BISAM), Medarbetare med Brukarerfarenhet (MB) och patientforum (se beskrivning av dessa tjänster/uppdrag i avsnitt "Samverkan med patienter och närstående"). MB bidrar bland annat till att minska avståndet mellan patienter och personal, vilket förhoppningsvis kan medföra ett tydligare informationsutbyte. Tanken är att patienter har lättare för att framföra sin syn på vården till en annan med liknande erfarenheter, vilket kan bidra till en ökad förståelse hos personalen och en bättre vård. Patientforum arrangeras regelbundet av BISAM inom heldygnsvården där ineliggande patienter kan föra fram frågeställningar, förbättringsförslag eller synpunkter resultat från patientforum sammanställs årligen i en rapport. Övergripande utvecklingsfrågor med grund i patientforum drivs eller initieras av BISAM.
- Klinikens brukarråd, bestående av olika representanter för patient- och närståendeorganisationer. Rådet arbetar för att kliniken ska se patienters och närståendes behov och önskemål i vården. Läs mer om brukarrådet på sid 12.
- Samtal i telefon och vid behov även personliga möten.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Ett välfungerande samarbete med patienter och närstående är av stor vikt för en fungerande patientsäkerhet. I den stora majoriteten av alla internutredningar och klagomålsärenden tar klinikövergripande patientsäkerhetsansvarig personlig kontakt med aktuell patient och/eller närstående, och vid behov arrangeras personligt möte. Syftet är att stärka patientens och närståendes delaktighet i utredningsprocessen och om möjligt besvara frågor. Patienter och närstående ges alltid möjlighet att kontakta klinikövergripande patientsäkerhetsamordnare för frågor och funderingar.

För att stärka patientperspektivet och minska avståndet mellan brukare och vårdgivare har NSP anställda med brukarerfarenhet, såväl på klinikövergripande nivå (BISAM) som på enhetsnivå (MB).

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

Brukarinflytandesamordnare (BISAM)

BISAM:s uppdrag är att samordna klinikens arbete med delaktighet och brukarinflytande. NSP har två heltidstjänster i BISAM-funktionen. BISAM har under 2020:

- Lett Patientforum veckovis och Brukarråd månadsvis på kliniken. Det arbetet har dock periodvis pausats på grund av coronapandemin (se mer under rubrikerna nedan)
- Arbetat med och utvärderat Patientskolan i öppenvården.
- Deltagit i Patientsäkerhetsrådet
- Arbetat med implementeringen av den generiska modellen för SI.
- Följt upp avdelningarnas arbete med Ett samtal om dagen genom nya mätningar
- Arbetat med två forskningsprojekt som rör Ett samtal om dagen och Patientskolan (se mer under rubriken "Patientskola" och "Ett samtal om dagen" nedan).
- Initierat och skapat en digital enkät för öppenvårdspersonal gällande hur de uppfattar att man hanterar situationer där patienter vill byta behandlare, samt hantering och återkoppling av resultat.
- Medverkat i internutredningar.

Medarbetare med Brukarerfarenhet (MB)

Kliniken har under året haft tre fasta heltidstjänster för MB inom affektiva sektionen, och verkar för närvarande på avdelning 53, avdelning 25 och Affektiva Mottagningen I på S:t Eriksplan. MB bidrar bland annat genom att ta initiativ till och hålla i samtal med patienter, bidra i beslutsstödsprocesser samt arbeta med aktivering genom att anordna olika gruppaktiviteter. MB har också arbetat i öppenvården på Affektiva mottagningen I, både med enskilda patienter och på mottagningens patient- och närståendeutbildningar. MBs arbete genererar mycket uppskattning från patienter och övrig omvårdnadspersonal. MB arbetar även med Patientskolan i öppenvården (se nedan).

Patientforum

Under vårterminen ställdes många forum in. Dels på grund av sjukskrivning relaterat till coronapandemin och dels för att endast en av BISAM-tjänsterna var tillsatt. En ny BISAM anställdes i maj, och parallellt med att sjukskrivningsläget som smittläget förbättrades i början av sommaren drogs forumen igång igen med möten varje vecka. 2020 hölls sammanlagt 312 forum med totalt 929 deltagare.

En övergripande sammanställning av synpunkterna görs till klinikledningen i januari 2021.

Brukarrådet

Klinikens brukarråd sammanträder månadsvis tillsammans med BISAM, några gånger per termin deltar även verksamhetschefen. Brukarrådet är ett samverkansforum mellan NSP och representanter från olika patient- och närståendeorganisationer. Brukarrådet har under åren arbetat fram [skrifter med rekommendationer och ställningstaganden i olika frågor](#) som rör klinikens arbete.

Under vårterminen blev brukarrådsmötena i mars t.o.m. juni inställda på grund av coronapandemin och sjukskrivning. De drogs igång igen i augusti och har hållits månadsvis under hösten, dock i form av videomöten.

Självvald inläggning

I syfte att öka patienternas delaktighet i behandling tillämpar flera av klinikens avdelningar självvald inläggning, hittills för patienter med psykosproblematik och emotionell instabilitet. Under året har ett arbete pågått för samtliga avdelningar att gå över till eller starta upp i en VO-gemensam generisk modell för Självvald inläggning.

Detta har skett i samarbete med enheten för modulstöd på Centrum för psykiatriforskning (CPF) och föregåtts av riskanalyser ledda av den klinikgemensamma patientsäkerhetssamordnaren. Mer info angående [självvald inläggning](#).

Ett samtal om dagen

Ett samtal om dagen är en struktur för omvårdnadssamtal inom heldygnsvården som skapades och implementerades inom NSP år 2018-2019. Modellen togs fram av BISAM och avdelning 25 utifrån återkommande synpunkter från patientforum inom hela VO.

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:

Efter en klinikövergripande implementering 2019 med gott resultat har modellen spridit sig till flera andra kliniker och avdelningar runt om i landet. BISAM har tillsammans med CPF arbetat för att modellen ska ingå som en del i en ny samtalsmodul för heldygnsvården, ett arbete som fortfarande pågår.

Internt på kliniken arrangerade BISAM en uppföljande mätning under ht-20 för att se i vilken mån samtalen erbjöds och genomfördes. Syftet var att stötta och återaktualisera arbetet. Resultatet visar att samtalen är uppskattade och efterfrågade av patienterna, samt att återkommande mätningar förmodligen behöver göras för att befästa arbetssättet. Ett samtal om dagen har under året varit föremål för två forskningsstudier, en från Karolinska Institutet som rör patienters upplevelser av insatsen och en från Umeå Universitet som rör vårdpersonals erfarenhet av att arbeta med insatsen. Datainsamling pågår i nuläget.

Patientskola

Patientskolan är ett projekt inom kliniken som startades upp 2018. Patientskolan är inspirerad av konceptet med Recovery College, som används inom psykiatri i Storbritannien. Syftet med Patientskolan är att dela kunskap om återhämtning ur det egnerfarna perspektivet, både vad gäller att hantera sitt liv och sina symptom, men också av att hantera vården och olika hjälpinstanser. Syftet är också att förmedla hopp och reducera stigma. I samband med patientskolan hålls även patientforum för öppenvårdspatienter. Patientskolan drivs av BISAM och MB. Vid vissa tillfällen deltar vårdpersonal som gästföreläsare.

Under 2020 planerades fyra patientskoleomgångar, varav två kunnat genomföras. En hölls på normalt vis i januari, två fick ställas in helt på grund av pandemiläget och ytterligare en hölls med reducerat deltagarantal under hösten. Målgruppen har varit alla patienter inom NSP:s öppenvård. Utvärderingarna visade att deltagarna var mycket nöjda. Det står flera patienter i kö till planerade tillfällen vt-21.

Patientskolan ingår i ett 6-årigt forskningsprojekt på Karolinska institutet, som studerar patientdrivna vårdinnovationer.

Covid-19

År 2020 har präglats av Covid-19-pandemin. Detta har inneburit att de flesta fysiska möten och utbildningar har fått ställas in, och successivt har en övergång skett till digitala mötesplattformar. Fokus har legat på att bedriva god och säker vård trots de snabba kliniska och organisatoriska förändringar som pandemin medfört. Kontinuerlig information rörande pandemiläget och hygienrutiner har skickats ut till personal (samtliga kategorier).

Kliniken har lyckats bra med att ställa om till digitala vårdkontakter, och till och med ökat antalet patientkontakter i öppenvård. Norra Stockholms Psykiatri har inte sett någon spridd smittspridning bland inneliggande patienter. Samarbetet med psykiatriska grannkliniker samt

geriatrik och medicin har fungerat väl. Under våren 2020 friställdes äldrepsykiatriska vårdavdelningen 23 till somatisk vårdavdelning, för att avlasta geriatriken.

Det klinikövergripande patientsäkerhetsarbetet har fått ställa om från fysiska till digitala möten, vilket har fungerat bra. Regionövergripande patientsäkerhetsmöten har dock varit inställda.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

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

Övergripande mål och måluppfyllelse för patientsäkerhetsarbetet år 2020:

- 1) Verksamhetsnära patientsäkerhetsarbete.
Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare har medverkat på klinikledningsmöten regelbundet för att berätta om patientsäkerhetsarbetet och återkoppla resultat. Enhetschefer och medicinskt ansvariga läkare har deltagit aktivt i utredningar och lämnat förslag på kliniskt relevanta åtgärder. Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare har återkopplat samtliga internutredningar till involverade enheter. **Målet bedöms vara uppfyllt.**
- 2) Säker tvångsvård.
Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd har i många fall ett värde för patienten och vårdgivaren, i syfte att förstå och förbättra vården. Andelen patienter som fått uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd har ökat. Erbjudna samtal har ökat från 37 % till 60 % från föregående år, och erbjudna eller genomförda samtal har ökat från 72 % till 79 %.

Under året har kliniken omarbetat rutinen för LPT-permission, med krav på uppdaterad krisplan vid LPT-permission. Målet är att involvera såväl patienten själv som närstående och förutse och förebygga risker i samband med permission. Rutinen för strukturerad övervakning efter tvångsmedicinering som implementerades under föregående år följs väl på enheterna, och det har inte inkommit några avvikelser som gäller allvarliga incidenter relaterat till injektionsbehandling. Antalet tvångsåtgärder inom kliniken har minskat, framförallt ses ett minskat antal beslut om fastspänningar. **Målet bedöms vara uppfyllt.**
- 3) Minska antalet besök utan journalföring.
Andelen besök som saknar journalanteckning har minskat jämfört med föregående mätperiod. Från 1 % (perioden 2019-01-01–2019-09-15) till 0,6 % (perioden 2019-09-16–2020-02-29) och senaste perioden 0,4 % (perioden 2020-03-01–2020-09-13). **Målet bedöms vara uppfyllt.**
- 4) Öka patientens delaktighet i vård och behandling.
Enkät svar kring personalen syn på och handläggning av patienters önskemål om att byta mottagning har sammanställts, i syfte att belysa hur dessa frågor hanteras. På grund av pandemin har övriga planerade åtgärder på detta område dels inte varit genomförbara, och dels fått anstå på grund av mer brådskande aktiviteter.

Arbetet kommer att återupptas efter pandemin. **Målet bedöms inte tillfredsställande uppfyllt.**

Övriga resultat för år 2020

Vi gör suicidriskbedömningar i hög utsträckning inom kliniken. I öppenvården har 85 % av patienter en dokumenterad suicidriskbedömning, vilket är väsentligen oförändrat från föregående år. I heldygnsvården är täckningsgraden oförändrat hög, > 99 %.

Tvångsvård

Tvångsvård förekommer huvudsakligen vid sju av klinikkens tio heldygnsvårdsavdelningar. Vi har sett en fortsatt minskning av antal tvångsåtgärder inom heldygnsvården (se figur 2).

Under året har vi sett en ökning av antalet erbjudna och genomförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. Inom kliniken (utom sektionen för akutsektpsykiatri) fick 79 % av patienterna som tvångsvårdats ett uppföljningssamtal.

Internutredningar, anmälningar till IVO

Under år 2020 genomförde kliniken 53 internutredningar efter rapporter om risker eller tillbud. Av dessa berodde 28 fall på misstänkt eller konstaterat suicid. I 11 fall resulterade utredningen i att chefläkaren gjorde anmälan till IVO enligt Lex Maria. I 3 fall beslutade klinikkens verksamhetschef att anmäla till IVO om brister i säkerheten. Knappt 12 ärenden pågår fortfarande, för att beslut ännu inte fattats om vidare åtgärd eller anmälan till IVO. Chefläkare på SLSO granskar huvuddelen av alla utredningar.

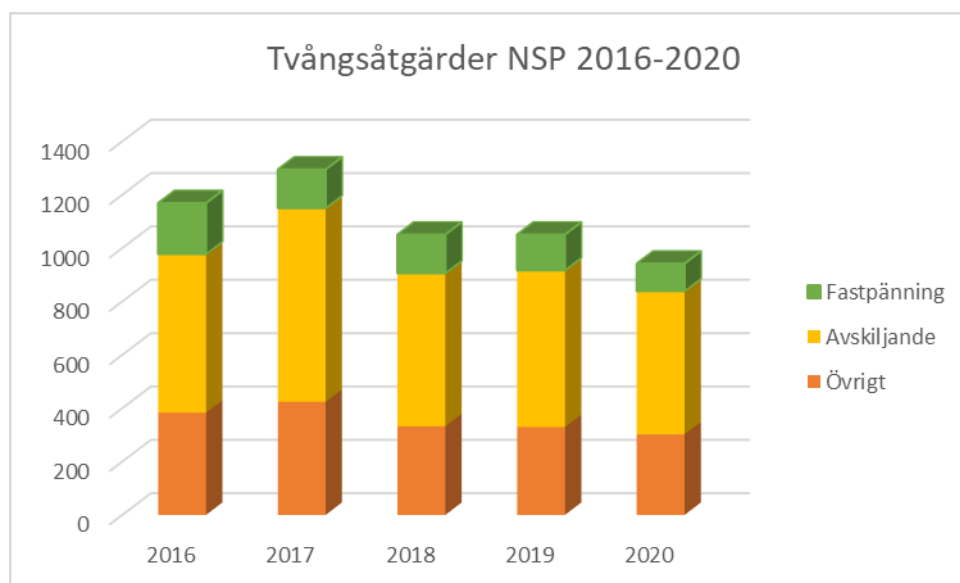


Fig. 2. Tvångsåtgärder inom Norra Stockholms psykiatri 2016-2020

Övergripande mål och strategier för kommande år

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet för år 2021 kommer att inkludera följande:

- 1) Verksamhetsnära patientsäkerhetsarbete.
Klinikövergripande patientsäkerhetssamordnare och specialistläkare i patientsäkerhetsrådet kommer delta vid ST-läkarmöten och introduktion av AT-läkare, i syfte att informera om patientsäkerhetsarbete och internutredningar för

att öka lärandeprocessen och involvera klinikens utbildningsläkare i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsfrågor kommer regelbundet att kommuniceras på Insidan, i syfte att öka lärande och delaktighet i personalen.

- 2) Säker tvångsvård
Fortsatt arbete med att förbättra innehållet i uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. Målet är att integrera innehållet i uppföljningssamtalen i patientens vård- och krisplan. Återuppta fysiska träningstillfällen i Bergenmodellen.
- 3) Patientdelaktighet i vård och behandling.
Fortsatt arbete med vård- och krisplaner med fokus på ändamålsenlighet och kvalitet framför kvantitet. Patienter och närstående ska i större utsträckning själva känna till innehållet i sina vård- och krisplaner och vara delaktiga i att ta fram dessa.