

2011-08-31

Patientnämnden
Patientnämndens förvaltning
Förvaltningschef Staffan Blom
Box 17535
118 91 Stockholm

Yttrande, principärende: E1006-0004356

Jag hänvisar till yttrande 101231 av Starrsjö och Lindefors. På begäran av sektionsschefen Starrsjö, som nu avslutar sin anställning på kliniken, får jag översända bifogad uppföljande rapport daterad 110829.



Claes Hollstedt
Chefsöverläkare

11-08-29

Redovisning angående Liljeholmens psykiatriska mottagning Ärende PaN E 1006-0004356

På begäran från Patientnämnden rapporteras följande av sektionschef för Sektionen för specialistpsykiatri (SSP) vid psykiatri Sydväst, SLSO.

Förbättringsarbetet har fortsatt. Man använder sig fortfarande av LEAN – principer. Tillsammans med vs IT och Telefoni inom SLSO har man fått telefonsystemet att fungera bättre. Processerna kring rutiner och struktur kring administration, reception och servicefunktioner har kommit igång. Telefontillgänglighetsmätningen visade en klar ökning till 91 % i juli.

Samarbetet med primärvården har fungerat tillfredsställande och direktkanalen till mottagningen har varit uppskattad liksom till sektionsledningen vid eventuella problem.

Som tidigare påpekats vet vi att Liljeholmens mottagning betjänar ett område som har stora psykiatriska behov och vi är medvetna om att väntetiderna är för långa. Genom omstrukturen i arbetet på enheten hoppas vi att kunna minska dessa när rutinerna satt sig. Remisshanteringen har blivit mer effektiv. Mottagningsssjuksköterskor, koordinator och webbaserade vårdkonferenser har uppskattats av både den egna mottagningen och medarbetare på kliniken och gjort arbetet enklare.

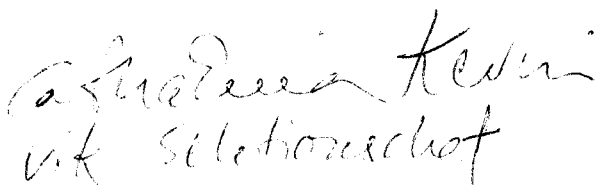
Det har funnits kvar efterdyningar av den personalomsättning som tidigare beskrevs men rekrytering har skett och nu under hösten börjar t ex tre nya läkare.

Under sommaren har mottagningen fått flytta till lokaler på Liljeholmstorget då golvbeläggningen skulle bytas ut pga allergiska besvär hos personalen och man tror nu att man funnit orsaken.

Klagomålen från patienter och anhöriga direkt till sektionen har inte ökat i frekvens men vi har fortfarande förbättringsutrymme att arbeta med.

I tjänsten

Maria Starrsjö
Sektionschef



Maria Starrsjö
Sektionschef

SLSO
Chefläkaren Håkan Götmark
Box 17914
118 95 Stockholm

Vårdgivare

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Psykiatri Sydväst,
Liljeholmens psykiatriska öppenvårdsmottaning.

Ärendet

Verksamhetstillsyn angående brister som rör patientsäkerhet och
kvalitet vid Liljeholmens psykiatriska mottagning.

Socialstyrelsens beslut

Vårdgivaren ska

Redovisa en handlingsplan avseende införande av författningsenliga
dokumenterade rutiner och överenskommelser för hur arbetet vid
mottagningen ska bedrivas rörande:

- informationsöverföring med andra samarbetspartners än slutenvården
- samverkan med socialtjänsten
- remisshantering
- lokal instruktion för läkemedelshantering
- vårdhygien
- avvikelshantering inklusive omhändertagande av patienternas synpunkter
- riskhantering
- systematisk uppföljning, egenkontroll

Av handlingsplanen ska framgå vem som ansvarar för respektive åtgärd
och när den ska vara genomförd. En redovisning av tillgängligheten i
fråga om väntetider för patientbesök och vid behov planerade eller
vidtagna åtgärder ska bifogas handlingsplanen.

Redovisningen av vidtagna åtgärder ska ha inkommit till Socialstyrelsen
senast 2011-06-21

Bakgrund

Patientnämnden informerade Socialstyrelsen om att de emottagit ett
stort antal anmälningar rörande mottagningen. Telefonsamtal och
skriftliga klagomål inkom till Socialstyrelsen. Klagomålen rörde
framförallt mottagningens tillgänglighet, samverkan och väntetider.

Exp 110530/82

Socialstyrelsen genomförde enkätintervju den 23 mars 2010, rörande regeringsuppdrag inom missbruksområdet. Vid intervjun framkom att verksamheten bedrevs i en relativt ny organisation, efter en sammanslagning av tre mottagningar (fem enheter) till en. De intervjuade beskrev att detta innebar nya chefer och medarbetare liksom nya samarbets- och samverkanspartners. Vidare förmedlades att verksamheten var medveten om brister och därmed förbättringsutrymme avseende rutiner generellt och extern samverkan specifikt. Det framkom också att ett stort arbete pågick med framtagande av nya rutiner och samarbets- samverkansformer.

Underlag

Information från patientnämnden om ett stort antal anmälningar rörande mottagningen.

Risakanalys insänd av verksamhetschefen.

Yttrande från verksamhetschefen.

Inspektion.

Redovisning av tillsyn

Inspektion den 20 december 2010, med intervjuer av ledning respektive medarbetare vid mottagningen.

Rutiner för samverkan och samarbete

Representanterna för ledningen svarar att det finns skriftliga rutiner för ansvarsfördelning för samarbetet kring och planeringen av vården för enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter. Medarbetarna svarar att de inte vet om rutinerna finns nedskrivna. Vidare svarar ledningen att det finns skriftliga rutiner för informationsöverföring och samverkan mellan öppen- och slutenvården vid in- och utskrivning av patienter. Medarbetarna svarade att det finns en skriftlig överenskommelse med slutenvården. Båda grupperna nämner att vårdplanering sker via videokonferens vilket möjliggjort att ansvarig behandlare kan delta i högre utsträckning än tidigare.

Samverkan och informationsöverföring med slutenvården sker även genom mottagningens koordinator/mottagningssjuksköterska, via fax och telefonsamtal. Om besök på slutenvården är aktuellt för vårdplanering, ansvarar koordinator för detta. Det är inte alltid det finns möjlighet att utse en behandlingsansvarig ÖV-läkare vid vårdplanering och utskrivning. I dessa fall anges och ansvarar MAL (medicinskt ansvarig läkare vid mottagningen) för patienten.

Remiss- och provsvarshantering

Ledningen svarar att det finns skriftliga rutiner för detta. Dock framförs synpunkten att SLSO:s övergripande rutin med fördel kunde lokalanpassas för att öka tydligheten i hanteringen av remisser. Provsvar förs automatiskt in i journalsystemet Take Care. Medarbetarna uppger att de inte känner till någon skriftlig rutin för detta. Det fanns dock en praxis som innebär att den som skickar remissen dokumenterar att

remiss är skickad i journalen, till vem samt när och sedan själv har ansvaret för att bevaka remissvar.

Läkemedelshantering

Det saknas en lokal instruktion för läkemedelshantering, enligt ledningen. De intervjuade uppgav att ordination enligt generella direktiv inte behövs på grund av att det aldrig förekommer. Delegation av iordningsställande och administrering av läkemedel var inte heller aktuellt. Medarbetarna visste inte om det fanns någon skriftlig instruktion för läkemedelshantering inom mottagningen. Vidare hänvisades till att läkemedelshantering sker i mycket begränsad omfattning. Dosetter förvaras och hanteras i viss omfattning och telefonordinationer förekommer.

Tillgänglighet

Ledningen beskriver att det vid mätningar av telefontillgänglighet redovisats sämre resultat vid mottagningen än i Psykiatri Sydvästs övriga verksamhet. De framhåller att tekniska problem i hög grad påverkat dessa resultat. Ett nytt, centralt upphandlat, system har inte eliminerat de tekniska problemen i praktiken. Medarbetarna framför att alla går att nå via direktnummer vilket ökar tillgängligheten, men de påtalar att det förekommer mycket "tekniskt strul". Andra förbättringsåtgärder som uppgavs var en timmes telefontid per dag för egenanmälan, samt en rådgivningstelefon för frågor om pågående vård två timmar per dag. För att komma tillrätta med telefonteknikens brister och minska konsekvenserna av problemet har mottagningen en intensifierad kontakt med en central verksamhetsstödsfunktion.

När det gäller tillgänglighet avseende patientbesök har flera åtgärder vidtagits som avsevärt förbättrat situationen, även om det finns förbättringsutrymme kvar. Både ledning och medarbetare framhåller ett nyinrättat mottagningsteam som en verksam åtgärd för förbättringen. Även en överenskommelse som innebär att den jourmottagning som finns i området har möjlighet att boka återbesökstider vid behov nämns. Inflödet av remisser är stort. Många kommer från primärvården och en skriftlig överenskommelse har ingåtts med dem. Bland annat innebär överenskommelsen att psykiatrins läkare bistår primärvården som specialistkonsulter via avsatt telefontid varje vardag. Inkomna remisser hanteras nästkommande vardag (inom 24 timmar), en differentiering av behov görs och de patienter som bedöms behöva tid inom en vecka bokas till mottagningsteamet och övriga erbjuds tid inom 30 dagar. Mottagningen är ännu inte i mål avseende detta, men tack vare planerad personalförstärkning bedömer man att det kommer att fungera tillfredsställande därefter. Vid inspektionen hade ett par dagar avsatts för samverkansmöten med socialtjänsten. Samverkansavtal /överenskommelse var ännu inte dokumenterad och i bruk, men på gång. Vid tillfället hade en kurator vid mottagningen ett särskilt uppdrag att hantera kontakter med och patientinflödet från socialtjänsten.

Vårdhygien

Överlag bedriver inte mottagningen patientnära arbete men det förekommer patientundersökningar och blodtrycksmätningar, till exempel. Ledning och medarbetare uppger att det saknas rutiner för detta. Riktlinjer för hembesök uppges att det finns. En viss praxis avseende att tvätta och sprita händerna omtalas samt att plastförkläden finns att använda vid behov. Blodprovstagning sker aldrig vid mottagningen.

Avvikelsehantering

Verksamhetschefen uppger att det finns verksamhetsövergripande skriftliga rutiner som beskriver vad som är en avvikelse, hur det ska rapporteras samt ansvarsfördelning rörande arbetet med avvikelsehantering. Dessa är dock ej kända av enhetschefen och någon lokal rutin på mottagningen finns inte. Enhetschefen uppger dock att hon ser avvikelsehantering som ett mycket verksamt arbetssätt för kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete och att hon är väl förtrogen med det elektroniska rapporteringssystemet samt hur det är tänkt att fungera vid mottagningen. Medarbetarna anger att avvikelsehantering syftar till att belysa mindre bra händelser och påpeka brister för att kunna göra förändringar som leder till förbättring. De framhåller att det är systemfel man vill komma åt genom att påtala att något inte fungerar. De känner inte till någon skriftlig rutin och inte heller ansvarsfördelningen rörande avvikelsehanteringsarbetet eller om patientens identitet ska framgå i de fall en patient har drabbats. Vidare anser de att de rapporterar mindre än de borde. Som skäl för detta angavs bland annat tidsbrist men också att de inte såg någon direkt verkan som resultat av att rapportera. De saknade också återföring av fastställda orsaker och åtgärder samt tillvaratagande av erfarenheter från befintliga avvikelser. Det uppgavs också att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet delvis hade fått stå tillbaka i avvikelsehanteringssystemet på grund av brister i lokalerna. De arbetsmiljöproblem som lokalerna orsakat var på väg att lösas.

Det framkommer att det saknas rutiner för klagomålshantering från patienter och andra intressenter. Enligt praxis tas synpunkter och klagomål emot i stunden och i vissa fall löses problemen i samband med att de framförs. I andra fall upplyser man om patientnämnden och för informationen vidare till någon i ledningsfunktion. Någon sammanställning görs inte.

Riskhantering

Det riskhanteringsarbete som beskrivs vid intervjuerna härrör från identifierade brister och innebär att hitta rätt åtgärder för att undvika att liknande situationer uppstår igen.

Kompetens

Enhetsledningen har genomfört en kompetensinventering inom mottagningen och funnit att behandlarkompetensen motsvarar verksamhetens behov. För ökad tillgänglighet och samverkan har vissa personalförstärkningar gjorts vid mottagningen. Medarbetarna uppger att de har individuella planer för sin kompetensutveckling. Vidare nämns att biträdande enhetschefen ansvarar för introduktion av nyanställda och att det finns en checklista som är en del av introduktionen. Oftast utses en "fadder" till den nyanställde. Specifikt vad introduktionen innehåller samt om läkare omfattas av denna introduktion lämnas osäkra svar kring.

Utvärdering och Uppföljning - egenkontroll

Ledningen anger att det inte genomförs någon systematisk egenkontroll av mottagningens verksamhet. Enhetschefen gör däremot kontroller av journaldokumentationens innehåll. Som exempel nämns att innehållet i ett antal journaler nyligen granskats avseende dokumenterad vårdplanering. Enhetschefen har tydligt informerat de anställda om att denna typ av granskning görs. I sammanhanget nämns också en central patientenkät som genomförs årligen. Medarbetarna uppger veckomöten (arbetsplatsträffar, APT och administrativa möten, AD) och ledningsgrupp som tillfällen då dessa områden behandlas. De tillägger att "alla kommer inte" till APT och AD-möten.

Avslutningsvis beskriver ledningen att implementering genomförs genom att information om nya respektive reviderade rutiner förmedlas till samtlig personal vid mottagningen. Informationen förs ut via e-post, den finns i en gemensam mapp på intranätet, tas upp vid veckomöten och i samband med introduktion och medarbetarsamtal. Enhetschefen har också lämnat ut vissa delar som pappersdokument och krävt signering av mottagarna. Medarbetarna hänvisar till att informationen finns i en gemensam mapp på datorn samt att vissa dokument lämnats ut med krav på signering av mottagaren. Vidare nämner de att ledningsarbete pågår med framtagande av dokumenterade rutiner.

Socialstyrelsen avslutade besöket med en kort återföring per område utifrån ovanstående information. Vidare påpekade Socialstyrelsen svårigheter med att följa processen i den riskanalys som gjorts inför sammanslagningen och som redovisats av verksamhetschefen via inkomna handlingar. Socialstyrelsen uppfattade en god ambition i riskanalysen inledningsvis, men efterhand förekom det stora kronologiska glapp i dokumentationen. Det var delvis svårt att utläsa vem som var ansvarig, vad som skulle göras och när det skulle vara genomfört och återrapporteras. Vissa påtalade risker saknade helt uppföljning.

Skälen för beslutet

Verksamhetstillsynen omfattade följande lagar, föreskrifter och allmänna råd:

- Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, särskilt 3 kap., 4 kap. §§3, 4, 5, 6 och 5 kap.
- 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Socialstyrelsens föreskrifter (2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården tandvården m.m.
- Socialstyrelsens föreskrifter (2000:1) och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
- 2 § och 2a § Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Socialstyrelsens föreskrifter (2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens bedömning

Vårdgivaren ska inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt och fungerar verksamhetsöverskridande.

Verksamhetschefen ansvarar för att upprätta ett ledningssystem i sin verksamhet, som ska utgöra grunden för det systematiska kvalitetsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska

- syfta till att förebygga vårdskador
- utgå från syftet med verksamheten samt dess identifierade och prioriterade vårdbehov samt förekommande vårdprocesser
- vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning
- utgå från mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
- vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelshantering
- uppföljning av mål och resultat

Med beaktande av ovanstående framhåller Socialstyrelsen följande.

Det fanns dokumenterade rutiner för samverkan och informationsöverföring med slutenvården vid in- och utskrivning av patienter. Rutinerna var kända av medarbetarna.

Rutiner för ansvarsfördelning i samverkan och vid informationsöverföring i planeringen av vården av enskilda patienter inom verksamheten fanns. Medarbetarna kände inte till om detta fanns dokumenterat, vilket är en förutsättning för fungerande rutiner.

Arbete för hur samverkan med socialtjänsten ska ske pågick. Än så länge arbetade mottagningen enligt praxis.

En lokal anpassning av SLSO:s rutiner för remisshantering pågick. Inkommande remisser hanterades enligt ny rutin, inom 24 timmar. Medarbetarna kände ej till dokumenterade rutiner för övrig remisshantering (inklusive provtagningsremisser) utan angav praxis avseende tillvägagångssätt och bevakning av remissvar.

Det saknades skriftlig lokal instruktion för den läkemedelshantering som faktiskt förekom vid mottagningen. Till exempel telefonordinationer, hantering av dosetter och förvaring av läkemedel.

Flera åtgärder hade vidtagits för att komma till rätta med den bristande tillgängligheten vid mottagningen. Förbättringar hade uppnåtts framförallt gällande tillgänglighet för patientbesök. Även telefontillgängligheten hade förbättrats, dock kvarstod tekniska problem med telefonin. Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten behövde förbättras ytterligare.

Skriftliga rutiner för vad som gäller på mottagningen avseende vårdhygien saknades. Viss praxis fanns, men ingen information om hur patientnära vård skulle utföras när det var aktuellt. Riktlinjer för hembesök fanns.

Avvikelsehanteringssystemet användes och var känt även om det inte användes fullt ut. Verksamhetsövergripande rutiner var ej kända på mottagningen. Medarbetarna uppfattade inte att hanteringen gav så mycket tillbaka till dem och mottagningen. Trots enhetschefens positiva inställning hade inte budskapet helt nått ut.

Risktänkande och därmed riskhantering var inte aktivt vilket troligen har ett samband med att avvikelsehanteringssystemet inte var solitt förankrat vid mottagningen.

Kompetensförsörjningen vid mottagningen var tillfredsställande omhändertagen.

Utvärderings- och uppföljningsarbetet var i sin linda. Ett gott exempel var stickprovskontrollen av journaldokumentationen. Rutiner för systematik i arbetet saknades.


Verksamhetschefen ska genomföra riskanalys inför väsentliga förändringar i verksamheten. Socialstyrelsen påpekade svårigheter att följa processen i den riskanalys som gjorts inför sammanslagningen och som redovisats av verksamhetschefen via inkomna handlingar till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen uppfattade en god ambition i

riskanalysen inledningsvis, men efterhand förekom det stora kronologiska glapp i dokumentationen. Det var delvis svårt att utläsa vem som var ansvarig, vad som skulle göras och när det skulle vara genomfört och återrapporteras. Vissa påtalade risker saknade helt uppföljning. Socialstyrelsen bedömer att en slutrapport eller ett planeringsunderlag utifrån riskanalysen hade kunnat vara ett värdefullt dokument för att underlätta arbetet vid sammanslagningen. Delar av de negativa konsekvenser som uppstått hade sannolikt kunnat undvikas vilket hade gagnat patientsäkerheten.


Socialstyrelsen finner det anmärkningsvärt att verksamhetsövergripande dokumenterade rutiner för avvikelshantering inte var kända av enhetschefen, trots det engagemang som redovisades. Vidare konstaterar Socialstyrelsen att vissa verksamhetsövergripande rutiner inte hade anpassats för att fungera på mottagningen samt vissa ovan nämnda skriftliga rutiner saknades helt. Socialstyrelsen anser det otillfredsställande att flera av de rutiner som dokumenterats och informerats om i den nya mottagningens organisation inte var kända bland medarbetarna. I flera fall kände medarbetarna inte till om rutiner fanns dokumenterade eller vad de innehöll utan hänvisade till praxis. Socialstyrelsen noterar att den praxis som beskrevs var mycket oprecis vilket rimligen innebär en osäkerhet i handläggningen av patienter inom det uppdrag mottagningen har. Sammantaget finner Socialstyrelsen detta oacceptabelt och kräver åtgärd då nämnda brister bedöms ha betydelse för patientsäkerheten.

Beslut i detta ärende har fattats av sektionsschefen Lena Renman. I den slutliga handläggningen har inspektören Ann-Lis Söderberg deltagit. Inspektören Gunilla Larsdotter har varit föredragande.

För Socialstyrelsen



Lena Renman



Gunilla Larsdotter

Kopia: verksamhetschefen