

Patientsäkerhetsberättelse Psykologenheten 2023

Psykologenheten Göteborgs Stad
Stadengemensam resurs
Socialnämnden Hisingen

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING	3
1.1 Sammanfattning.....	3
1.2 Psykologisk ledningsansvarig (PLA) bedömning och kommentarer.....	4
2 VERKSAMHETENS MÅL, ÅTGÄRDER OCH RESULTAT	6
2.1 Verksamhetens mål, åtgärd, resultat och analys för patientsäkerhetsarbetet.....	6
3 ORGANISATION	9
3.1 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet	9
3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
4 PROCESS, RESULTAT OCH ANALYS	11
4.1 Patienters och närståendes delaktighet	11
4.2 Klagomål och synpunkter.....	11
4.3 Avvikelser.....	12
4.4 Utredning av händelser och vårdskador	12
4.5 Egenkontroll	13
4.6 Riskanalys.....	13
4.7 Informationssäkerhet	14
5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	16

1 SAMMANFATTNING

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

1.1 Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- Mål
- De viktigaste åtgärderna som vidtagits
- De viktigaste resultaten som uppnåtts
- En blick framåt

Beslut togs 2022 att all hälso- och sjukvård inom de sex socialförvaltningarna ska skriva en gemensam patientsäkerhetsberättelse (psb). Beslut togs av SF Hisingen att Psykologenheten inte skulle ingå i den gemensamma psb då socialnämnd Hisingen önskar egen återkoppling från Psykologenheten.

Psykologenheten arbetar i första hand inom de sex socialtjänstförvaltningarna och bär med sig erfarenheter av olika sorters verksamhetssystem för dokumentation. Genom åren har enheten arbetat med såväl avvikelser som egenkontroller men inte i en sammanhållande systematisk struktur. I Psykologenhetens patientsäkerhetsberättelse 2021 bestämdes att man årsvis skulle genomföra egenkontroller avseende journaler.

Ett av målen för 2023 var att öka systematiken i patientsäkerhetsarbetet. Det har påbörjats genom att man genomfört egenkontroller dvs granskning av journaler enligt framtagen mall. Utifrån resultat av granskningen väljs sedan fokusområden för årets arbete ut.

Granskningen visade på att de allra flesta av lagkraven var uppfyllda i samtliga granskade journaler, men att några begrepp behöver förtydligas så att det passar in i Psykologenhetens uppdrag. Man behöver också ta fram nya gemensamma rutiner och/eller riktlinjer i syfte att säkerställa att var och en arbetar på samma sätt vad gäller dokumentation.

Ingen av de granskade journalerna innehöll eller saknade några uppgifter som kan bedömas vara en risk vad gäller patientsäkerheten.

Till 2024 kommer en separat egenkontrollplan att upprättas inför de årliga granskningarna. Vad gäller tillgång till ett digitalt avvikelssystem är frågan löst genom beslut om att synpunkter, klagomål och avvikelser diarieförs.

Gällande informationssäkerheten är det ett arbete som måste göras på övergripande nivå men tillsammans med verksamheterna. Under hösten 2022 nytillsatte SF Hisingen en utvecklingsledare för dataskydd och informationssäkerhet och kontakter är tagna mellan funktionen och Psykologenheten när det gäller personuppgiftsincidenter samt rutiner för om strömavbrott sker utifrån rådande situation i samhället. Rutin för åtkomst till samt dokumentation i journal under extraordinära händelser finns dokumenterad i avdelningens kontinuitetsplan.

Under 2023 har frågan om Psykologenheten ska upprätta en egen kontinuitetsplan diskuterats utifrån att enheten kan komma att aktiveras för krisstöd i händelse av extraordinär händelse. Beslut har fattats att enheten därför ska ingå i krisstödet kontinuitetsplan.

Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska vara anmälda i IVO:s vårdgivarregister samt ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Om verksamhetschefen inte själv har ett legitimationsyrke ska denne utse en medicinskt, i detta fall, psykologiskt ledningsansvarig, PLA.

1.2 Psykologisk ledningsansvarig (PLA) bedömning och kommentarer

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården ansvarar för att de utför sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna. Det dagliga patientsäkerhetsarbetet pågår kontinuerligt utifrån att varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under eget yrkesansvar, i enlighet med patientsäkerhetslagen. Arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Personalen ska utföra sitt arbete så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. Riskbedömningar som genomförts på organisationsnivå inför stadens omorganisation och pandemirestriktionerna har följts upp i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Det finns flera nivåer och strukturer för samverkan till exempel SIP (samordnad individuell planering) där Psykologenheten deltar. Tidigare har Psykologenheten även ingått i NOSAM (Närområdessamverkan) men efter omorganisationen 2019 är Psykologenheten inte längre med. I NOSAM har patientsäkerhetsperspektivet ofta varit i fokus. Avvikelser, gemensamma rutiner och förbättringsområden är viktiga som utgångspunkt för samverkan. Frågan om deltagande i NOSAM var uppe i början av 2022 men eftersom NOSAM var under förändring beslutades att avvakta. Det finns anledning att igen lyfta frågan om deltagande i NOSAM 2024.

Psykologenheten arbetar idag med flera olika förvaltningar och samarbetsparter och bär med sig erfarenheter av olika sorters verksamhetssystem för till exempel dokumentation.

Det har bidragit till en svårighet i att systematisera delar av patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 och 2023 har det blivit mer tydligt hur egenkontroller ska och kan genomföras trots olika verksamhetssystem.

Patientsäkerhetsarbetet under 2023 innebar systematisering av flera processer såsom avvikelshantering och egenkontroller. Under året valdes granskning av journaler ut som ett prioriterat område. Information, utbildning och arbete kring patientsäkerhetsarbete och egenkontroller har medfört ett högre engagemang för dessa frågor i arbetsgruppen och så även för systematiken som möjliggör att kunna följa upp genomförda åtgärder.

2 VERKSAMHETENS MÅL, ÅTGÄRDER OCH RESULTAT

2.1 Verksamhetens mål, åtgärd, resultat och analys för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

För varje mål redovisa åtgärder, resultat samt analys.

- **Mål**
 - Åtgärder
 - Resultat
 - Analys

Verksamheten

Psykologenheten Göteborgs Stad är en resurs för alla Göteborgs Stads verksamheter och erbjuder samtalsstöd, konsultation, handledning, psykologbedömningar/utredningar och utbildning/fortbildning för många olika verksamheter och situationer.

Samtalsstöd

Psykologsamtal utformas och anpassas utifrån de aktuella behoven. En samtalskontakt kan vara en kortare eller längre insats för individer, familjer och även för medarbetare vid Göteborgs Stad vid extraordinära händelser. Exempel på samtal kan vara utifrån föräldraskap, vårdnadstvister, adoptioner, familjehem samt krishantering och stöd.

Handledning

Syftet med handledningen är att skapa ett utrymme för att avlasta, träna och öka kunskaper för att utveckla och stärka individen och gruppen, bland annat genom att öka förmågan att själva lösa problem.

Konsultation

Konsultation fokuserar på ett enskilt problem eller brukare och den är tidsmässigt avgränsad. Insatsen riktar sig till personal på individ- eller gruppnivå. Syftet är att öka kunskap och medvetenhet för att skapa en förändring.

Psykologbedömning

En psykologbedömning/-utredning utgår från en aktuell och specifik frågeställning som utredningen ska kunna besvara med hjälp av standardiserade test och andra metoder som är vetenskapligt och/eller erfarenhetsmässigt väl beprövade. Syftet med en psykologbedömning är att den ska kunna ligga till grund för adekvata rekommendationer och insatser. Frågeställningar kan vara kognitiv förmåga, social förmåga, psykiskt mående, föräldraförmåga, förutsättningar för arbete eller studier.

Utbildning och fortbildning

Psykologenheten Göteborg kan erbjuda utbildning till arbetslag och grupper. Den utformas efter verksamheternas önskemål. Utbildningen kan exempelvis handla om att öka kunskapen när det gäller psykisk hälsa/ohälsa, utvecklingspsykologi, diagnoser, beteenden utifrån anknytningsperspektiv och trauma. Syftet med kompetensutvecklingen genom utbildningsinsatser är att personalen ska kunna möta och bemöta sina klienter på ett så bra och effektivt sätt som möjligt samt som en del i beslutsunderlag i yrkesutövningen.

Utbildning kan också vara att öka kunskaper kring processer i arbetslaget. Det kan handla om att öka kunskap om arbetsgruppsutveckling, kommunikation, samarbete och konflikthantering. Syftet är att utveckla individens och arbetsgruppens förmåga att möta brukaren och att kunna samarbeta även i utmanande ärenden.

Under året har Psykologenheten tagit del av statliga medel med inriktning på insatser till utsatta områden. Arbetet har utvecklats under året och nya samarbeten har tagits. Återkoppling från såväl andra verksamheter inom socialtjänsten som de enskilda individerna har varit mycket positiva.

Insatser som genomförts under året har varit:

- Psykologsamtal med anhöriga-föräldrar och vänner- samt till ungdomar/unga vuxna som lever nära en kriminell miljö och som i vissa fall själva gjort kriminella handlingar. Klienterna har kommit från SIG hela året, utökades med SSPF under våren och sedan i höstas även från KAA och TUR-teamet. Samtalen har som syfte att klienten ska (kunna) ändra de destruktiva delarna i livet både genom eget psykologstöd som stöd till anhöriga att stödja en sådan utveckling. I en del ärenden har flera psykologer arbetat samtidigt t ex en psykolog för respektive mamma, pappa och klient eller föräldrar-klient.
- Insats i samarbete med grundskolan för föräldrastödjande på skolor i Biskopsgården. Psykologer från enheten har besökt föräldrakvällar och talat om ämnen som tex psykisk ohälsa och stigma kring det.
- Insats för grupp med färdighetsträning för ungdomar med utmanande beteende planerades men kom inte i gång på grund av att det varit svårt att hitta deltagare.
- Insats för barn inom förskolan som blivit utsatta för trauma/våld, i samarbete även med socialtjänstens utförarenhet.

Enheten har arbetat med tillgänglighet genom en satsning på att informera om verksamheten och erbjuda tjänster till hela staden genom information på intranätet, mailutskick samt möten med uppdragsgivare och potentiella uppdragsgivare på såväl avdelningschefs-, enhetschefs- och medarbetarnivå. Dessa möten har varit viktiga för samordningen mellan olika vårdgivare. Psykologenheten har varit noga med att inte utföra insatser som tillhör sjukvårdens uppdrag men i förekommande fall samverkat med sjukvården.

Patientsäkerhetsarbetet

Övergripande mål och strategier

Inför 2023 fick Psykologenheten inga specifika mål och strategier förutom att arbeta i enlighet med stadens övergripande mål och dokumentera arbetet i Stratsys och i denna patientsäkerhetsberättelse. I syfte att säkra verksamhetens kvalitet har mål för patientsäkerhetsarbetet tagits upp som delmål i verksamhetens verksamhetsplan under målområde Delaktighet och tillit samt Kultur, kvalitet och effektivitet.

Mål: Delaktighet och tillit

Delmål: Uppföljning och kontroll av målet att patienters delaktighet noteras i journal enligt patientdatalagen under rubriken samtycken och återkallade samtycken samt patientens önskemål om vård och behandling gäller även vårdnadshavare för omyndig person genomförs årsvis under hösten och utgör underlag för patientsäkerhetsberättelsen för enheten. Skapa rutin för systematisering av inkomna klagomål och synpunkter

Kultur, kvalitet och effektivitet.

Delmål: Säkerställa att medarbetare har den kompetens som behövs för uppdraget. Säkerställa gemensamma rutiner för journalföring. Åtkomstkontroll för personal på Psykologenheten i linje med Göteborgs stads riktlinje för loggranskning samt avvikelshantering.

Gällande kompetensförsörjningen har Psykologenheten inventerat medarbetarnas kompetens och behov av kompetensutveckling och i förekommande fall erbjudit den vidareutbildning som bedömts vara relevant för uppdraget. Det har funnits svårigheter att göra mer övergripande kompetensutbildningar då innehållet i uppdraget för Psykologenheten varit under diskussion. En fråga har rört inriktning vad gäller vilka förvaltningar och verksamheter man ska rikta sig till, en annan fråga har varit kring vilka områden som ska prioriteras.

För övriga mål, se under avsnitt 4 PROCESS, RESULTAT och ANALYS

3 ORGANISATION

3.1 Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

En god och säker vård är en lagstadgad rättighet för patienter. Det gäller även för den hälso- och sjukvård som kommunen utför. För att kunna garantera patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) är det nödvändigt med en ansvarsfördelning, där det är tydligt vem som gör vad så att inga uppgifter faller mellan stolarna. Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har också en ansvarsfördelning tidigare fastställts i Göteborgs Stad. Ansvarsfördelningen bygger på att ansvarig person kan ta beslut, har tillräckliga resurser i form av tid, pengar, lokaler, medarbetare, kunskaper och kompetens.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen

Socialnämnden Hisingen är skyldig att utse verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen med ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs i förvaltningens område. Inom Socialnämnden Hisingen utgör Psykologenheten en sådan verksamhet.

Socialnämnden Hisingen har utsett förvaltningens avdelningschef för Vuxen och Psykologenheten till verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Uppdraget innebär ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom Psykologenheten.

Psykologiskt ledningsansvarig

Psykologiskt ledningsansvarig (PLA) utses av verksamhetschef enligt ovan och är enhetschefen för Psykologenheten. PLA arbetar utifrån fastställd uppdragsbeskrivning på skriftligt uppdrag av verksamhetschefen enligt hälso- och sjukvårdslagen och fullgör enskilda ledningsuppgifter i enlighet med hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 5 §. PLA ska stödja verksamhetschefen i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet genom att genomföra beslutade uppföljningar och egenkontroller samt hantera och bedöma risker och avvikelser.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under eget yrkesansvar, enligt 6 kap 2§ i patientsäkerhetslagen. Arbetet ska utföras med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Varje medarbetare har ett ansvar för att avvikelser och risker identifieras och att de rapporteras utifrån de rutiner som finns i verksamheten.

3.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

Anvisning

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Beskriv hur verksamheten samverkat för att förebygga vårdskador.

Ex. överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan kommuner och landsting.

Samverkan gällande patientsäkerhet sker på flera nivåer:

Samverkan med patient

Patientens självbestämmande, självständighet, inflytande och delaktighet är grunden för samverkan.

Teamsamverkan

För att förhindra att personer riskerar att skadas i den kommunala hälso- och sjukvården sker samverkan på organisatorisk nivå både inom verksamheten och med andra vårdgivare. Psykologenheten arbetar inte som specialister i en vårdkedja utan utifrån sin legitimation. Teamsamverkan förekommer ändå i många fall eftersom enheten och den enskilde psykologen arbetar tillsammans med uppdragsgivaren och andra intressenter.

Samverkan mellan chefer

Chefer inom hälso- och sjukvård och chefer för vård- och omsorg samt för personal inom skolan träffas i frågor som rör samarbete mellan professioner och för att utreda och analysera avvikelser.

I den nya organisationen är Psykologenheten inte med i NOSAM (Närområdessamverkan), vilket man varit tidigare. I NOSAM har patientsäkerhetsperspektivet ofta varit i fokus. Avvikelse, gemensamma rutiner och förbättringsområden är viktiga som utgångspunkt för samverkan.

Samordnad individuell planering (SIP)

SIP är en samverkanstruktur för att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera vårdgivare/aktörer ansvarar för insatser. En förutsättning för självbestämmande och delaktighet är att patienten och dennes närstående är väl informerade. Psykologenheten deltar i SIP när det behövs.

4 PROCESS, RESULTAT OCH ANALYS

4.1 Patienters och närståendes delaktighet

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Patienters delaktighet noteras i journal enligt patientdatalagen under rubrikerna samtycken och återkallade samtycken samt patientens önskemål om vård och behandling. Gäller även vårdnadshavare för omyndig person. Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård (3 kap. 2 § första stycket PDL).

En patientjournal är även en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning (3 kap. 2 § andra stycket PDL).

En väl förd patientjournal har stor betydelse för patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården. En bra journalföring minskar även risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling.

Verksamheten har under 2023 genomfört egenkontroller av innehåll i journal vilket ska säkra att verksamheten lever upp till föreskrifterna/lagen. För resultat från genomförd egenkontroll se under avsnitt 4.5.

4.2 Klagomål och synpunkter

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna, eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har sammanställts och analyserats

Beskriv (kortfattat) en samlad analys av klagomål och synpunkter.

Synpunktshanteringen i kommunen kan nås via Göteborgs stads hemsida. Psykologienhetens uppdragsgivare befinner sig oftast inom Göteborgs stads organisation och bör därför känna till synpunktssystemet. Inga synpunkter har inkommit på detta sätt. När synpunkter har inkommit direkt till enhetschef har de hanterats därefter men det finns i dagsläget inget system för dokumentation av synpunkter och klagomål. Detta är fortsatt ett förbättringsområde. Rutin för detta finns och behöver återaktualiseras på enheten.

Under året har enheten inte haft något ärende till IVO.

4.3 Avvikelser

Anvisning

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv hur avvikelserapporter har sammanställts och analyserats.

Beskriv (kortfattat) en samlad analys av avvikelser.

Psykologenheten arbetar tillsammans med många olika delar av stadens verksamheter, såsom socialtjänst, skola och äldreomsorg, vilka har olika system för att hantera och dokumentera avvikelser. Det skapar svårigheter för Psykologenheten att inte ha ett gemensamt system. Arbetet med att klargöra hur man ska hantera det har fortsatt under 2022.

All personal ska rapportera risker, händelser, missförhållanden, avvikelser, synpunkter och klagomål på ett systematiskt sätt vilket är en grund i utvecklingen av verksamheten. För att underlätta rapportering samlas alla typer av rapporter på ett och samma ställe i IT-stödet för digital avvikelserapportering.

Det finns en avvikelshantering i staden som gäller SoL, LSS och HSL och en rutin för den. Avvikelshantering administreras i Treserva för de verksamheter som har koppling till socialtjänstprocessen. Psykologenheten arbetar inte inom socialtjänstprocessen och därmed inte i Treserva. Treserva är ett dokumentationssystem i första hand för social dokumentation. Enligt processen ska en journalanteckning göras när en avvikelse registreras och eftersom personen inte har någon pågående insats i Treserva hos berörd verksamhet går inte detta. Det innebär att dessa verksamheter får använda reservrutinen för att registrera avvikelser vilket även är rutin för Psykologenheten. Inga avvikelser har inkommit under 2023.

Diskussion och framtagande av rutin tillsammans med andra verksamheter inom socialtjänsten har varit aktuellt, då post från externa verksamheter felaktigt skickats till Psykologenheten. Det har dokumenterats som en avvikelse i Treserva hos socialtjänsten. Enhetschef/PLA har anmält vidare inom förvaltningen som vidtagit nödvändiga åtgärder.

4.4 Utredning av händelser och vårdskador

Anvisning

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Beskriv händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för allvarlig vårdskada samt lärdomar av dessa. Beskrivningarna görs på en övergripande nivå.

Redovisa anmälningar enligt Lex Maria.

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av vårdskador.

Det finns inga anmälda vårdskador och inga Lex Maria rapporter för verksamheten under 2023.

4.5 Egenkontroll

Anvisning

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. (*HUR*)

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av egenkontroll.

Psykologenheten beslutade att genomföra egenkontroller utifrån granskning av innehållet i journaler under år 2022 vilket nu är en del av verksamhetens årliga rutiner. Verksamheten har sett över vilka delar av patientjournalen som gäller för Psykologenheten baserat på kraven i lagstiftningen och en mall har tagits fram. Granskningen kommer i första hand att bedöma om alla delar finns med i de granskade journalerna. Omfattningen (dvs hur många journaler som stickprov genomförs på) har varit en slumpmässigt uttagen journal per psykolog. Till egenkontrollen används en fastställd mall. Egenkontrollen av journaler har genomförts under hösten 2023.

De ärenden som är aktuella för egenkontroll av journalföringen är ärenden som journalförs i PMO-HS. Enheten har idag tydliga arbetssätt som innefattar begrepp och processer för dessa ärenden som exempelvis överenskommelser (typ liknande en genomförandeplan), rekommendationer, bedömning och avstämning (uppföljning) som alla finns inom ramen för lagstiftningen gällande journalföring och där enheten använder liknande begrepp.

I egenkontrollerna framkom det att de allra flesta av lagkraven var uppfyllda i samtliga granskade journaler, men att några begrepp behöver förtydligas så att det passar in i Psykologenhetens uppdrag. Dessutom blev det tydligt att man behöver ta fram gemensamma rutiner och/eller riktlinjer för några områden i syfte att säkerställa att var och en gör på samma sätt. Det gäller exempelvis likartad dokumentation av patienternas önskemål av vård/ behandling och samverkan med andra aktörer samt definition av aktuellt hälsotillstånd.

Ingen av de granskade journalerna innehöll eller saknade några uppgifter som kan bedömas vara en risk vad gäller patientsäkerheten.

4.6 Riskanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Beskriv hur ni hanterar risker, vilka riskanalyser och anpassningar som ni har genomfört där ni bedömt att det fanns risk för att en händelse skulle kunna inträffa på grund av brister i verksamheten samt vilka lärdomar analyserna har givit. Exempel

på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM.

Beskriv (kortfattat) samlat resultat och analys av riskanalys.

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga varje enskild psykolog på enheten, genomför fortlöpande riskbedömningar på individnivå om det finns risk för att patienten riskerar att drabbas av skada vid vård och behandling. Varje bedömning och beslut om åtgärd ska vara ett ställningstagande med utgångspunkt i patientens förutsättningar.

Bedömningen ska, när så kan ske, göras med bedömningsinstrument. Verksamheten har bland annat använt screening vid trauma när de arbetar med våld i nära relationer. Risker upptäcks inte alltid på en gång och därför behövs regelbunden uppföljning av patientens hälsotillstånd genomföras.

Övergripande riskanalys avseende patientsäkerhet ska göras inför verksamhetsförändringar. Ingen sådan förändring har genomförts under 2023.

4.7 Informationssäkerhet

Anvisning

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

- de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
- de riskanalyser som har gjorts,
- de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,
- den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
- den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Uppgifter i den offentliga hälso- och sjukvården om en patients hälsa eller personliga förhållanden omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Vid begäran om att få ta del av uppgifter som omfattas av sekretess ska alltid en sekretessprövning genomföras. Sekretessen och tystnadsplikten kan brytas om patienten samtycker eller om det står klart att patienten eller någon närstående inte lider men av att uppgifterna lämnas ut. Behörighetskontroller är därför viktiga.

Vårdgivaren ska göra systematiska och regelbundna åtkomstkontroller för att säkerställa att personal använder sina behörigheter på rätt sätt. I Göteborgs stad finns en riktlinje för loggranskning. Riktlinjen omfattar samtliga IT-stöd som hanterar patientuppgifter eller utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som deltar i patientens vård och behandling har rätt

att ta del av patientjournal inom kommunal hälso- och sjukvård. Även om personal kan nå uppgifter får de inte ta del av några patientuppgifter som de inte behöver för att utöva sitt arbete.

Enhetschef ansvarar för att regelbundet informera hälso- och sjukvårdspersonal om att loggranskningar görs. All personal ska känna till att olovligt intrång är straffbart enligt brottsbalken. Analysen av loggranskningar ska göras i förhållande till patientens vårdbehov och övrig situation. När loggranskningen har analyserats och avvikelser identifierats ska verksamhetschef för hälso- och sjukvård informeras om avvikelse. Ytterst ansvarig för att avvikelse utreds är verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Vid brottsmisstanke gör verksamhetschef en polisanmälan.

Inga intrång har upptäckts för 2023.

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Anvisning

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhetsberättelse för Psykologenheten 2021 var den första som skrevs sedan stadsdelarna lades ned. Där beskrevs nuläge av hur man arbetade med patientsäkerhet på enheten. Analysen då var att mycket redan görs men att systematiken av patientsäkerhetsarbetet kan öka. Under 2023 har man påbörjat eller genomfört de aktiviteter som beslutades efter kartläggningen 2022 och arbetet planeras att fortgå under 2024.

Patienters och närståendes delaktighet

Patienters delaktighet noteras i journal enligt patientdatalagen under rubriken samtycken och återkallade samtycken samt patientens önskemål om vård och behandling. Gäller även vårdnadshavare för omyndig person. Under 2022 startade Psykologenheten egenkontroller där man granskade journaler för att säkerställa att alla lagstiftade delar finns med inklusive patientens samtycke och önskemål om vård och behandling. Resultatet av detta har följts upp vid egenkontroll av journaler under 2023 och fortgår under 2024.

Klagomål och synpunkter

Synpunkter och klagomål till Psykologenheten har gått direkt till enhetschefen och omhändertagits där men inte systematiserats. Ett system behöver tas fram för att enklare och mer effektivt kunna dokumentera inkomna synpunkter och klagomål samt hantering av dessa.

Egenkontroller

Arbetet med att ta fram gemensamma rutiner och riktlinjer för de områden som det, vid årets egenkontroller framkom saknades, bör tas fram. Detta görs av arbetsgruppen för att sedan fastställas av PLA, som rapporterar över till Verksamhetschef för Hälso- och sjukvård. Under 2023 har ett årshjul för egenkontroller införts för de årliga granskningarna vilka ska fortsätta 2024.

Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska göra systematiska och regelbundna åtkomstkontroller för att säkerställa att personal använder sina behörigheter på rätt sätt. I Göteborgs stad finns en riktlinje för loggranskning. Riktlinjen omfattar samtliga IT-stöd som hanterar patientuppgifter eller utförande av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Skriftliga rutiner för enheten för när och i vilken omfattning granskningarna ska göras bör tas fram under 2024.