

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



REVISIONSRAPPORT
GRANSKNING AV
det suicidpreventiva arbetet 2017

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	INLEDNING/BAKGRUND	5
2.1	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	5
2.2	REVISIONSKRITERIER	5
2.3	METOD	6
3	RESULTAT	7
3.1	STYRNING OCH PLANERING AV DET SUICIDPREVENTIVA ARBETET	7
3.2	UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV FÖLJSAMHETEN TILL FASTSTÄLLDA PROCESSER ETC.	10
3.3	RISKANALYS OCH AVVIKELSERAPPORTERING	11
3.4	VIDTAGNA FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER	12
3.5	ANSVARSFÖRDELNING OCH SAMMANHÅLLEN VÅRDKEDJA	13
3.6	ÅTERREDOVISNING AV SUICIDPREVENTIVA ARBETET	14
4	SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA	16
5	KVALITETSSÄKRING	17
6	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	17
7	REFERENSER	18

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisionskontor har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av det suicidpreventiva arbetet.

Granskningen har syftat till att svara på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att det sker ett systematiskt förbättringsarbete för att närma sig fullmäktiges nollvision för suicid.

Vi ser positivt på det arbete för psykisk hälsa och suicidprevention som påbörjats på länsnivå. Vi tycker också det är positivt att ett egenkontrollarbete med fokus på bl.a. suicidprevention har påbörjats inom psykiatri.

Nedan följer några av de brister och rekommendationer som beskrivs i rapporten:

- Vi rekommenderar styrelsen att bli mer konkret i styrningen av det suicidpreventiva arbetet. De framgångsfaktorer som styrelsen beslutat om innehåller allmänt hållna begrepp som inte konkretiserats i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan i aktiviteter eller resultatmått. En tydlig styrning förbättrar också möjligheten till uppföljning och kontroll.
- Det länsgemensamma angreppssättet är prioriterat i styrning och uppföljning av det suicidpreventiva arbetet. Vi anser att angreppssättet är bra, men i detta kan finnas en risk för att styrning och uppföljning av regioninterna processer hamnar i skymundan. Regioninterna processer som vårdövergångar och utskrivningar från psykiatri har identifierats som riskområden. Vi rekommenderar därför styrelsen att också ägna stort fokus på dessa processer när det gäller styrning och uppföljning av det suicidpreventiva arbetet.
- Styrningen av det suicidpreventiva arbetet planeras i högre grad utgå från länsövergripande handlingsplaner i samverkan med länets kommuner. Begreppet länsövergripande handlingsplaner saknas dock i regionens styrmodell och det blir därför otydligt på vilket sätt en sådan plan styr regionens verksamhet. Om länsövergripande planer ska bli formellt styrande för flera nämnders förvaltningar bör dessa planer fastställas av regionfullmäktige. Vi rekommenderar därför att detta tydliggörs i regionens styrmodell.
- Vi anser det otillfredsställande att samma typer av brister återkommer i Lex Maria utredningarna kopplat till suicid. Detta visar att det finns brister i kontrollen av följsamheten till rutiner och riktlinjer inom psykiatri. Vi tycker dock att egenkontrollen som påbörjats är bra. Vi rekommenderar dock att kontrollerna i egenkontrollen genomförs vid de bestämda tidpunkterna för att den ska bli effektiv.
- Det är otillfredsställande att inte samtliga åtgärder efter Lex Maria ärenden vidtagits. Det är verksamhetschefens ansvar att kontrollera att beslutade åtgärder införs. Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar avseende detta. Här har bådas ansvarstagande avseende detta brustit. Vi har vid tidigare granskningar framfört att det finns skäl för regionstyrelsen att se över sin organisering av patientsäkerhetsarbetet avseende vårdgivarens controllerfunktion.
- Det är enbart fullbordade suicid som har föranlett Lex Maria anmälningar inom psykiatri. Detta innebär att det för övriga allvarliga vårdskador inte gjorts någon händelseanalys och riskförebyggande åtgärder kan därmed ha uteblivit. Detta är en brist i patientsäkerhetsarbetet som bör ses över. I granskningen framkommer också att åtgärder bör vidtas för att öka rapporteringen av vårdskador.

- Av den uppföljning som gjorts i form av delårsrapporter och uppföljningen av övergripande handlingsplanen framgår väldigt lite om hur de regioninterna processerna fungerar. Fokus för uppföljningen har i stället varit vad arbetet på länsnivå medfört.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Jämtlands län har under flera år legat högt när det gäller andelen självmord i förhållande till riket i övrigt. Regionens revisorer har därför bedömt det angeläget att genomföra en granskning av det suicidpreventiva arbetet.

Identifierade risker inom psykiatri

I en granskning från 2014¹ framkom brister i vårdkedjor mellan primärvård och den specialiserade psykiatri. Brister i vårdkedjor i samband med vårdens övergångar innebär en ökad risk för att patienter hamnar "mellan stolarna" och inte får adekvat behandling. I granskningen framkom också att det finns brister i meddelanderutiner samband med utskrivning från psykiatri vilket innebär en risk för patientsäkerheten.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningen syftar till att svara på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av att det sker ett systematiskt förbättringsarbete för att närma sig fullmäktiges nollvision för självmord.

Revisionsfrågor

- Finns det en tillfredsställande styrning och planering av det suicidpreventiva arbetet i form av mål, processbeskrivning, vårdprogram, rutiner etc?
- Finns det någon uppföljning och kontroll av följsamheten till fastställda processer, vårdprogram och rutiner?
- Finns en tillfredsställande riskanalys och avvikelserapportering?
- Vidtas förbättringsåtgärder utifrån vad som framkommer vid uppföljning och avvikelserapportering?
- Finns en tydlig ansvarsfördelning och sammanhållen vårdkedja mellan olika vårdnivåer?
- Finns en tillfredsställande återredovisning av arbetet till regionledning och styrelse?

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till det suicidpreventiva arbetet inom den specialiserade psykiatri och primärvården. Granskningen avser år 2017.

2.2 REVISIONSKRITERIER

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Kommunallagen
- Patientsäkerhetslagen
- Regionplanen 2017
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete

¹ Granskning av psykiatri 2014 dnr:Rev/28/2014

2.3 METOD

Granskningen har utförts genom dokumentstudier och intervjuer. Substansgranskning har genomförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor.

De som intervjuats har varit följande:

- Hälso- och sjukvårdsdirektören
- T.f. områdeschef för psykiatri
- Verksamhetsutvecklare för psykiatri
- Områdeschef för regiondriven primärvård
- Biträdande områdeschef för regiondriven primärvård
- Verksamhetsutvecklare för regiondriven primärvård
- Medicinsk samordnare för regiondriven primärvård
- Chefläkare inom område patientsäkerhet
- Länssamordnare för psykisk hälsa
- Samordnare för framtagande av länsövergripande handlingsplan för suicid

3 RESULTAT

3.1 STYRNING OCH PLANERING AV DET SUICIDPREVENTIVA ARBETET

Regionfullmäktige i Jämtland Härjedalen har antagit en nollvision för suicid och suicidförsök. För att denna nollvision ska uppnås ska enligt regionplanen ett suicidpreventivt arbete bedrivas. Personer med psykisk ohälsa ska ges bättre och snabbare vård. Samverkan mellan den specialiserade psykiatrin, primärvården, psykosociala enheterna och andra aktörer ska förbättras (1).

Styrelsen har konkretiserat fullmäktiges vision i framgångsfaktorer och i ett aktivt mål

I regionstyrelsens verksamhetsplan, där fullmäktiges mål ska uttolkas i aktiva mål och framgångsfaktorer, finns två framgångsfaktorer med direkt koppling suicidprevention. En av dessa framgångsfaktorer är att utveckla samarbetet mellan psykiatrin och primärvården för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid. Den andra framgångsfaktorn handlar om att följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision när det gäller suicid.

När regionstyrelsens verksamhetsplan reviderades i maj 2017 omformulerades den sist nämnda framgångsfaktorn till att innehålla ett uppdrag till en samordnare om att utveckla det regionövergripande suicidförebyggande arbetet (2).

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören finns ytterligare två framgångsfaktorer som handlar om suicidprevention. Den ena framgångsfaktorn handlar om att genom samverkan med Norge och andra nordliga län i Sverige stärka den psykiska hälsan för samer. Den andra framgångsfaktorn handlar om att genom särskilda prioriteringar i folkhälsoarbetet främja den psykiska hälsan, samt att förebygga psykisk ohälsa hos unga. Denna framgångsfaktor återfinns i den regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan.

Det finns ett aktivt mål i styrelsens verksamhetsplan som kan kopplas till suicidprevention, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören. Det är målet om att väntetiden till Barn- och ungdomspsykiatrin ska minska.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan

Det finns inget mål om suicidprevention i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan. Däremot finns det ett mål om att fråga om våld i nära relationer som hälso- och sjukvårdsdirektören anser har beröring med suicidprevention.

Hälso- och sjukvårdsdirektören anser det svårt att formulera ett mätbart mål specifikt för suicidprevention. Antalet suicid fall handlar om relativt små tal och därför är det svårt att utvärdera insatser för ett enskilt år. Dessutom har 40 % av de som tagit livet av sig inte haft kontakt med hälso- och sjukvården, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

Övergripande handlingsplan för suicidprevention

Det finns en övergripande handlingsplan för suicidprevention. I planen finns konkreta åtgärder angivna i syfte att minska antalet suicidfall. Dessa åtgärder är indelade i tre olika grupperingar:

1. Att öka kunskapen hos personal och andra nyckelpersoner
2. Minska tillgängligheten till medel och metoder för suicid
3. Öka samverkan och samordna regionala insatser

Planen beslutades av den tidigare regiondirektören och finns förtecknad i regionplanen tillsammans med andra övergripande handlingsplaner. Planen avser perioden 2016 - 2018.

Övergripande handlingsplaner upprättas över sakområden som förutsätter gemensamt, planerat och systematiskt arbete för att driva arbetet framåt (3). För den övergripande handlingsplanen för suicidpreventivt arbete har det inte varit aktuellt att områdena överlag inom hälso- och sjukvården ska omfattas av denna plan, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören. Det har framförallt varit den specialiserade psykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin samt primärvården som omfattats av planens aktiviteter, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

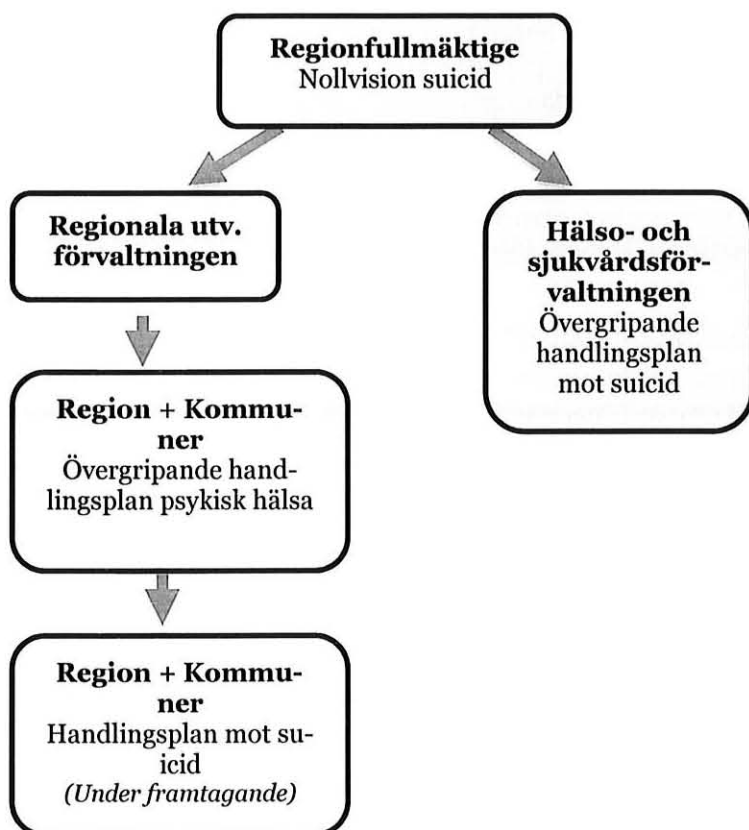
I psykiatrins verksamhetsplan för 2017 framgår det att området ska följa den övergripande handlingsplanen (4). Vissa aktiviteter från den övergripande handlingsplanen har lyfts in i psykiatrins verksamhetsplan. Dock uppger den t.f. områdeschefen för psykiatrin att arbetet med den övergripande handlingsplanen fallit mellan stolarna pga. personalbyten.

Verksamhetsplanen för regiondriven primärvård innehåller däremot inga särskilda aktiviteter direkt kopplade till den övergripande handlingsplanen för suicid (5). Inte heller i verksamhetsplanen för Barn och unga vuxna finns sådana aktiviteter medtagna (6).

Enligt områdeschefen för primärvården har aktiviteter som står i den övergripande handlingsplanen funnits med i diskussionerna under året och vissa aktiviteter har också genomförts såsom ex deltagande MHFA utbildning.

Länsövergripande handlingsplan- för psykisk ohälsa och suicid

(Bilderna nedan visar de olika handlingsplanernas placering inom regionens organisation)



Den övergripande handlingsplanen för suicidprevention är, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören m.fl. intervjuade, på väg att utmönstras till förmån för en länsövergripande handlingsplan för suicid. Hälso- och sjukvårdsdirektören framhåller vikten av att det sker en samverkan mellan olika aktörer på länsnivå för att det suicidpreventiva arbetet ska bli framgångsrikt.

Beslutet om att ta fram en länsövergripande handlingsplan för suicid återfinns i en länsövergripande handlingsplan för psykisk hälsa. Av beslutet framgår att planen ska synkroniseras med den befintliga handlingsplanen för suicidpreventivt arbete (7). Vid tidpunkten för rapportskrivandet var dock den övergripande planen för psykisk hälsa ännu inte fastställd av den regionala utvecklingsnämnden. Enligt handläggaren kommer den att beslutas under början av 2018 (RUN/407/2017).

Det har inom den regionala utvecklingsförvaltningen anställts en samordnare för framtagande av den länsövergripande handlingsplanen för suicidprevention. Anställningen sträcker sig t.o.m. maj 2018 då planen beräknas vara klar för att fastställas. Anställningen är gjord som en aktivitet inom ramen för den nationella satsningen Psykisk hälsa och finansieras inom denna satsning.

På frågan om den länsövergripande handlingsplanen kommer att inrymma aktiviteter kring regioninterna processer, svarar samordnaren för framtagandet av planen att fokus inte kommer att vara regioninterna frågor som t.ex. hur samverkan mellan den specialiserade psykiatri och primärvården ska utvecklas. I stället kommer fokus vara på att bygga upp länsgemensamma nätverk, öka information om suicid gentemot allmänhet, utbilda instruktörer i psykisk hälsa etc.

Arbetet med att ta fram en länsövergripande handlingsplan för suicid finansieras med externa medel från SKL. Enligt samordnaren är det viktigt att det finns en projektledning som håller i det fortsatta arbetet även efter det att planen är framtagen. Detta är dock osäkert bl.a. pga. att de externa medlen från SKL beslutas för ett år i taget.

Processbeskrivning, vårdprogram och rutiner

Det finns en handläggningsöverenskommelse mellan psykiatri och primärvården som reglerar ansvarsfördelningen avseende psykisk ohälsa/sjukdom (8). Detta dokument uppges vara i behov av revidering. Den nytillträdde medicinska samordnaren inom primärvården anser att en uppdatering snarast bör ske.

Det finns ett vårdprogram för suicid som den specialiserade psykiatri tagit fram. Primärvården använder sig av de delar som avser öppenvården, enligt verksamhetsutvecklaren för primärvården. Enligt områdeschefen för psykiatri är vårdprogrammet allt för omfattande och skulle behöva revideras.

Det finns två behandlingsriktlinjer mellan den specialiserade psykiatri och primärvården som har koppling till det suicidpreventiva arbetet. Det är Zamsynsdokument för suicidriskbedömningar (9) och depression (10). Enligt bl.a. områdeschefen för psykiatri skulle dessa dokument också ha följts upp och reviderats.

Bedömning

- De framgångsfaktorer som styrelsen formulerat i sin verksamhetsplan inrymmer allmänt hållna begrepp, som exempelvis att utveckla samarbete mellan psykiatri och primärvården. Framgångsfaktorerna har inte konkretiserats i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan i resultatmått eller aktiviteter vilket vi anser kan ge en otydlighet i styrningen. Vi rekommenderar därför en mer konkret uttolkning i kommande verksamhetsplan.
- Ett mål som kan kopplas till suicidprevention är målet om att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Målet avser emellertid en viss målgrupp och enbart en första kontakt. Den största gruppen som tar livet av sig är äldre män. Av enbart detta mål går därmed inte att utläsa hur framgångsrikt arbetet varit i stort.
- Enligt uppgift från intervjuer finns planer på att den länsövergripande handlingsplanen ska överta den nuvarande övergripande handlingsplanens funktion som

övergripande styrdokument för det suicidpreventiva arbetet. Den nuvarande handlingsplanen omfattar emellertid regioninterna aktiviteter och processer medan den länsövergripande planen fokuserar på länsövergripande processer. Det länsgemensamma angreppssättet anses vara prioriterat. Vi anser att i detta finns en risk för att styrningen av regioninterna processer hamnar i skymundan.

- Begreppet länsövergripande planer saknas i regionens styrmodell och därför är det otydligt på vilket sätt en sådan plan styr regionens verksamhet. Om länsövergripande planer ska bli formellt styrande för flera nämnders förvaltningar bör dessa planer slutligen fastställas av regionfullmäktige.
- Det finns vårdprogram och behandlingsriktlinjer framtagna för suicidprevention. Det finns inget som tyder på att det saknas något styrdokument för genomförande av detta arbete. Dock är befintliga styrdokument i behov av revidering.

3.2 UPPFÖLJNING OCH KONTROLL AV FÖLJSAMHETEN TILL FASTSTÄLLDA PROCESSER ETC.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetsarbete ska kontroller ske av att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda processer och rutiner (11). Att sådana kontroller genomförs återfinns också i propositionen till Patientsäkerhetslagen (12).

Från IVO:s särskilda tillsyn av psykiatri under 2016 framkommer brister i följsamheten till rutiner och riktlinjer (13). Bristande följsamhet till rutiner och riktlinjer har varit återkommande tema i Lex Maria utredningar m.a.a. suicid. Den tillförordnade områdeschefen- och verksamhetsutvecklaren för psykiatri instämmer i att bristande följsamhet har varit ett problem som det har varit svårt att komma till rätta med.

Som ett resultat av IVO:s särskilda tillsyn av psykiatri finns fr.o.m. 2017 en egenkontrollplan inom psykiatri med bl.a. koppling till suicidprevention. Egenkontrollen genomförs framförallt genom strukturerad journalgranskning. I maj genomfördes en journalgranskning och ytterligare en journalgranskning skulle ha gjorts i oktober, men denna hade dock inte hunnits med att genomföras vid tidpunkten för intervjun.

Primärvård

Inom primärvården sker ett arbete med egenkontrollen, dock inte specifikt kopplat till suicidprevention. Den nytillträdde medicinska samordnaren känner inte till att det sker någon uppföljning av följsamheten till utskrivning av små doser när det gäller viss typ av läkemedel, vapenansökan eller att strukturerade självmordsriskbedömningar sker. Dock nämner han att han planerar att se över frågan om hur egenkontroll avseende vapenansökan skulle kunna utvecklas, samt utskrivning av små läkemedelsdosor.

Enligt vårdutvecklaren finns det en mätproblematik kopplad till egenkontroll av suicidprevention som måste klaras ut.

Bedömning

- Att samma typer av brister återkommande framkommer i händelseanalyserna visar att det finns brister i kontrollen av följsamheten till rutiner och riktlinjer inom psykiatri. Man har dock påbörjat ett egenkontrollarbete. Det är dock viktigt att journalgranskningen sker vid utsatta tidpunkter för att egenkontrollen ska ha en god effekt.
- Primärvården har ett egenkontrollarbete. Dock är detta inte kopplat till suicidprevention. Vi anser att även primärvården borde överväga att koppla sin egenkontroll till suicidprevention.

3.3 RISKANALYS OCH AVVIKELSERAPPORTERING

En grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa att risker i verksamheten identifieras och analyseras (12). Enligt Socialstyrelsen föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete ska riskanalyser göras för att identifiera händelser som skulle kunna påverka verksamhetens möjligheter att leva upp till lagar, föreskrifter och mål (11).

Vi har inte kunnat se att det genomförts någon övergripande riskanalys avseende suicidprevention inom regionen. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören har det emellertid genomförts en analys avseende psykisk ohälsa och suicid inför framtagande av den länsövergripande handlingsplanen för psykisk ohälsa och suicid. Analysen gjordes av extern konsult och enligt hälso- och sjukvårdsdirektören kan den ses som en form av riskanalys. Vi har verifierat att behovsanalysen genomförts. Fokus för behovsanalysen är barn och unga (14).

Ändrade regler för när suicidfall ska Lex Maria anmälas

Vårdgivaren har en anmälningsskyldighet till IVO när det gäller händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Samtidigt som anmälan görs ska vårdgivaren utreda vilka bakomliggande orsaker som gav upphov till vårdskadan (12).

Under hösten 2017 har reglerna kring anmälan enligt Lex Maria ändrats avseende suicid. Tidigare skulle samtliga suicidfall anmälas om det funnits en vårdkontakt inom fyra veckor. Efter 1:a september 2017 ska chefläkaren informeras för ställningstagande om en anmälan ska ske om en suicid skett inom fyra veckor efter vårdkontakt, dvs. ett ställningstagande om det skett en allvarlig vårdskada (15). Chefläkaren inom regionen anser att detta kan få till följd att färre Lex Maria görs, men hon tror dock att de mest väsentliga bristerna fortfarande kommer att fångas in och utredas.

Inom psykiatri sken enbart Lex Maria anmälningar på fullbordade suicid, enligt chefläkaren. Orsaken till detta är, enligt chefläkaren, bl.a. att psykiatri inte har resurser att göra fler utredningar av allvarlig vårdskada som t.ex. suicidförsök, fördröjda diagnoser, felaktig läkemedelsbehandling etc.

Rapportering av vårdskador

Enligt Patientsäkerhetslagen har hälso- och sjukvårdspersonal en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller skulle kunnat medföra en vårdskada (12).

Inom Psykiatri finns det en underrapportering av avvikelser, enligt de intervjuade från psykiatri. Det är framförallt svårt att få läkargruppen att skriva avvikelser och skälet till att det inte skrivs fler avvikelser uppges vara tidsbrist. Att det förekommer en underrapportering framkommer också från områdeskommitténs protokoll och skälet som där anges är bristande återkoppling på rapporterade avvikelser.

Vikarier som t.ex. stafettläkare har inte behörighet till avvikelse rapporteringssystemet, enligt områdeschefen. I dessa fall får ordinarie personal vara behjälplig att skriva en avvikelse. Psykiatri hade hyrt in stafettläkare för ca 10 mkr t.o.m. augusti 2017 (16).

Även inom primärden förekommer, med all säkerhet, en underrapportering, enligt verksamhetsutvecklaren.

Nytt när det gäller rapportering av avvikelser är att det inom regionen infört en kategori för "risk" och därmed förstärkt den förebyggande delen, enligt verksamhetsutvecklaren för primärvården.

Enligt verksamhetsutvecklaren för primärvården har ett processled tagits bort när det gäller rapporteringsförfarandet vilket gjort hanteringen smidigare. Hon tycker att statistikuttaget blivit bättre, det går att söka fram suicid och få ut statistik utifrån detta sökord.

Bedömning

- Det förändrade regelverket kring Lex Maria och suicid kan få konsekvenser för statistiken avseende antalet Lex Maria vilket måste beaktas vid tolkning av statistiken.
- Enbart fullbordade suicid har föranlett Lex Maria anmälningar inom psykiatrin. Detta innebär att för övriga allvarliga vårdskador har det inte gjorts någon utredning och riskförebyggande åtgärder kan därmed ha uteblivit. Detta är en brist i patientsäkerhetsarbetet.
- Det är positivt att åtgärder vidtagits för att underlätta rapporteringsförfarandet och att statistikuttaget avseende suicid blivit bättre. Dock anser vi det otillfredsställande med att underrapporteringen fortsätter. Detta är en brist i patientsäkerhetsarbetet. All hälso- och sjukvårdspersonal har en rapporteringsskyldighet. Detta oavsett om man är inhyrda eller anställd. En svårighet för inhyrd personal att fullgöra denna rapporteringsskyldighet är att de inte har behörighet till avvikelserapporteringssystemet. Inom psykiatrin har användandet av stafettläkare ökat.

3.4 VIDTAGNA FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER

Det viktigaste steget i patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och vidta åtgärder för att minska risken för vårdskada (17).

Som vi tidigare nämnt har det visat sig att psykiatrin inte alltid vidtagit åtgärder efter Lex Maria utredningar i samband med suicid. IVO gjorde ett särskilt tillsynsärende då samma typ av brister återkommit i flera Lex Maria anmälningar. Vi har därför granskat om åtgärder nu vidtagits efter denna tillsyn. Vi har granskat fyra Lex Maria ärenden som ägt rum under perioden 2016 - 2017 (18).

Vi kan konstatera efter genomgången av Lex Maria ärenden att det fortfarande är några åtgärder som inte genomförts. En orsak som nämns i några fall är att åtgärden har planerats, men inte hunnit införas. Vissa åtgärder är dock inte planerade att införas.

Enligt verksamhetsutvecklaren finns det en tröghet inom delar av organisationen när det gäller att implementera vissa förbättringsåtgärder. Det har under 2017 därför anställts en sjuksköterska med uppdrag att verka för att implementera åtgärder. Någon fortsättning under 2018 är dock inte inplanerad.

Bedömning

- Det är otillfredsställande att inte samtliga åtgärder vidtas efter Lex Maria. Det är verksamhetschefens ansvar att följa upp och säkerställa att beslutade åtgärder vidtas. Vårdgivaren dvs. regionledningen kan dock inte friskriva sig från ansvaret. Ansvaret ligger alltid kvar hos vårdgivaren och därmed har även regionstyrelsen

brustit i sin organisering- och kontroll av patientsäkerhetsarbetet. Vi har vid tidigare granskningar påpekat att regionen bör förstärka controllerfunktionen när det gäller patientsäkerhetsarbetet.

3.5 ANSVARSFÖRDELNING OCH SAMMANHÅLLEN VÅRDKEDJA

Enligt Socialstyrelsens föreskrift för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren ha sammanhållna vårdkedjor mellan olika vårdnivåer för att säkerställa verksamhetens kvalitet och förebygga vårdskada (11).

Tidigare granskningar av psykiatrin har visat på brister i ansvarsfördelning och vårdkedjor mellan den specialiserade psykiatrin och primärvården. Bl.a. framkom då att remisser skickades tillbaka från den specialiserade psykiatrin till primärvården utan annan motivering än att specialistpsykiatrin var fel vårdnivå. Från psykiatrin framkom kritik mot att remisser som skickades var av bristfällig kvalitet. För patienter innebar detta ibland att de hamnade "mellan stolarna" (19). I styrelsens svar på denna granskning hänvisade man till att handlägningsöverenskommelsen mellan och psykiatrin och primärvården höll på att utarbetas, liksom de tidigare nämnda behandlingsriktlinjerna (Zamsyn för suicidriskbedömning och Zamsyn för depression) (20).

Som vi tidigare nämnt i rapporten har fortsatta brister framkommit även efter det att ovan nämnda överenskommelser och behandlingsriktlinjer tagits fram. Bristerna hör främst samman med utskrivning av patienter från slutenvården. Det handlar bl.a. om att remissen inte skickats alls eller att den skickats i ett sent skede. Det framkommer också brister när det gäller interna remisser inom psykiatrin.

Bristande vårdkedja lyfter de intervjuade från primärvården fram som ett allvarligt problem, framförallt att primärvården inte informeras på ett tillfredsställande sätt vid utskrivning från psykiatrin.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören pågår det ett förändringsarbete som innefattar förbättringar vid utskrivning från slutenvård som benämns LOSUS inom regionen. Detta förändringsarbete tar sin utgångspunkt från lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård och innefattar utskrivning även från psykiatrin, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören. Primärvården har bedrivit ett arbete för att möta nya lagen på ett bra sätt under det senaste året, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören, som anser att detta arbete har påverkat vårdkedjan positivt.

Områdeschefen för psykiatrin och områdeschefen för primärvården har enligt uppgift planer på att träffas för att se över ansvarsfördelningen mellan psykiatrin och primärvården. Det är verksamhetschefen för Krokoms hälsocentral som är primärvårdens representant i detta arbete. Vid rapportskrivandet hade dock inget arbete avseende detta påbörjats.

Bedömning

- Brister kvarstår trots att överenskommelser och behandlingsriktlinjer finns framtagna. Det måste till en mer frekvent uppföljning av hur överenskommelser av behandlingsriktlinjer och handlägningsrutiner fungerar i praktiken. Utifrån uppföljningen bör förbättringsåtgärder vidtas.
- Vi anser att den nya lagen om utskrivning från slutenvården kan innebära bättre förutsättningar att komma tillrätta med bristerna i vårdkedjan i samband med utskrivning från slutenvården inom psykiatrin.

3.6 ÅTERREDOVISNING AV SUICIDPREVENTIVA ARBETET

Uppföljning av framgångsfaktorerna

I delårsboks slutet per augusti följdes framgångsfaktorerna upp. Av uppföljningen framgår att framgångsfaktorn som handlar om att utveckla samarbetet mellan primärvården, psykiatri och den specialiserade psykiatri för att tidigt identifiera riskpersoner har uppnått. Resultatet kommenteras med att samarbetsformer finns genom att handläggningsöverenskommelsen och Zamsynsdokumentet finns framtagna. Som vi tidigare nämnt är dessa dokument framtagna sedan några år tillbaka och skulle ha reviderats. Någon revidering har dock inte skett.

Den framgångsfaktor som handlar om att följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan har, som vi tidigare nämnt, ändrats till att påbörja ett regionövergripande arbete med att följa upp och utveckla det suicidpreventiva arbetet. Enligt återredovisningen av framgångsfaktorn har ett framtagande av en länsövergripande handlingsplan påbörjats och beräknas vara färdigställd i juni 2018.

När det gäller framgångsfaktorn om att utveckla den psykiska hälsan hos samerna återredovisas i delårsboks slutet per augusti att medel tilldelats från Socialdepartementet för att etablera ett kunskapsnätverk. Enligt vårdutvecklaren för primärvården pågår, inom ramen för nationell satsning Psykisk hälsa, ett förändringsarbete gällande samers psykiska hälsa på Funäsdalens hälsocentral. Detta arbete startade hösten 2016 och fortgår och har bl.a. fokus på den förhöjda suicidrisk som föreligger för nämnda grupp.

Framgångsfaktorn om att förebygga psykisk ohälsa bland unga återredovisas som att två samordnare utsetts att leda arbetet med den länsövergripande handlingsplanen för psykisk ohälsa, en länsövergripande analys har genomförts avseende psykisk ohälsa bland unga, en enkätundersökning är gjord, samt att en regional samordnare för suicidprevention har anställts.

Någon uppföljning av det suicidpreventiva arbetet utöver det som följts upp i framgångsfaktorerna i samband med delårsboks slutet har vi inte kunnat utläsa av styrelseprotokollet.

Hälso- och sjukvårdsutskottet har haft uppdrag att följa upp det suicidpreventiva arbetet

Hälso- och sjukvårds utskott har haft i uppdrag att bevaka genomförandet av styrelsens framgångsfaktorer avseende suicidprevention (21). En uppföljning av det suicidpreventiva arbetet gjordes av hälso- och sjukvårdsutskottet mars 2017 (22).

Det är till hälso- och sjukvårdsutskottet som länssamordnarna för länsgruppering för psykisk ohälsa har rapporterat till.

Uppföljning av den övergripande handlingsplanen

Övergripande handlingsplaner ska följas upp i samband med delår- och årsboks slut i form av en lägesrapport (3).

Den övergripande handlingsplanen följdes upp av styrelsen i augusti 2017. Av uppföljningen framgår att en suicidpreventiv samordnare har anställts och att arbetet med att ta fram en gemensam handlingsplan har påbörjats och beräknas vara klar under hösten 2018. Det framgår inte av uppföljningen om de aktiviteter som planen inrymmer har genomförts (23).

Bedömning

- Ett problem när det gäller uppföljningen av framgångsfaktorerna för suicidprevention är att dessa är oprecisa till sin form och ger utrymme för subjektiva bedömningar av den som ska bedöma om framgångsfaktorn är nådd. Dock anser vi

att det är tveksamt om uppföljningen av framgångsfaktorn om att utveckla samarbetet mellan psykiatri och primärvården för att identifiera riskpersoner är korrekt. Framgångsfaktorn redovisas som uppnådd utan det skett någon revidering av varken Zamsyns dokumenten eller av handläggningsöverenskommelsen.

- Det ligger inom nämndens uppgift att följa upp att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer. Denna uppgift går inte att delegera till ett utskott. Detta innebär att det uppdrag regionstyrelsen gett till hälso- och sjukvårdsutskottet att följa upp det suicidpreventiva arbetet inte innebär någon förändring när det gäller regionstyrelsen uppgift avseende detta.
- Uppföljningen av den övergripande handlingsplanen förmedlar enbart informationen om att en ny handlingsplan är under framtagande. Det framkommer inte i vilken utsträckning handlingsplanens aktiviteter har nåtts, vilket vi anser är en brist i uppföljningen.
- Av regionstyrelsens uppföljning av det suicidpreventiva arbetet framgår väldigt lite om hur de regioninterna processerna fungerar trots att sådana processer har identifierats som områden som bör förbättras. Fokus för uppföljningen har istället varit vad arbetet på länsnivå medfört. Vi anser att fokus för uppföljningen bör vara både på länsplan och på de regioninterna processerna. Vi anser därför att de regioninterna processerna bör bli mer framträdande i regionstyrelsens uppföljning det suicidpreventiva arbetet.

4 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
Finns det en tillfredsställande styrning och planering av det suicidpreventiva?	Delvis	Allmänt hållna begrepp i framgångsfaktorerna. Det finns mätbara mål till barn- och ungdomspsykiatri. Det finns en övergripande handlingsplan om suicidprevention. Tveksamt om syftet om att vara övergripande uppnåts.
Finns en tillfredsställande uppföljning och kontroll av följsamheten till fastställda processer, vårdprogram och rutiner?	Nej	Återkommande brister i Lex Maria utredningar visar att uppföljning och kontroll brister.
Finns en tillfredsställande riskanalys och avvikelserapportering?	Delvis	Riskanalys gjord för barn- och unga. Underrapportering av avvikelser Enbart fullbordade suicid leder till Lex Maria anmälan
Vidtas förbättringsåtgärder utifrån vad som framkommer vid uppföljning och avvikelserapportering?	Delvis	Några åtgärder efter Lex Maria utredningar har inte införts. Detta anser vi är mycket otillfredsställande. Lex Maria syftar till att undvika återupprepningar av vårdskador.
Finns en tydlig ansvarsfördelning och sammanhållen vårdkedja mellan olika vårdnivåer?	Delvis	Det har tagits fram behandlingsriktlinjer och handlägningsöverenskommelser för att tydliggöra ansvarsfördelningen. Brister i vårdkedjan avseende vårdövergångar och utskrivning kvarstår dock.
Finns en tillfredsställande återredovisning av arbetet till regionledning och styrelse?	Delvis	Stort fokus i uppföljningen har varit på det länsgemensamma arbetet med kommunerna. Det framkommer lite i uppföljningen om hur regionin-ternas processerna fungerar.

5 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

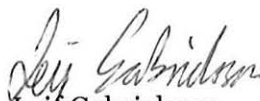
6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare:



Jan-Olov Undvall
Certifierad Revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

7 REFERENSER

1. **Region Jämtland Härjedalen.** *Regionplan 2017.* 2017. Dnr:RS/623/2016.
2. —. *Uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 och förslag på justeringar.* 2017. Dnr:RS/1563/2017.
3. —. *Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell.* 2016. Dnr:RS/101/2015.
4. —. *Verksamhetsplan 2017 område psykiatri.* 2017. Reg.nr. i Centuri: 33542-1.
5. —. *Verksamhetsplan regiondriven primärvård.* 2017. Reg.nr. i Centuri:34167-2.
6. —. *Verksamhetsplan 2017 BUV.* 2017. Reg. nr. i Centuri: 33993.
7. —. *Handlingsplan för kommunerna i Jämtland län och Region Jämtland Härjedalen område Psykisk Hälsa 2016-2020.* 2017. Dnr:RUN/407/2017.
8. **Jämtlands läns landsting.** *Handläggningsöverenskommelse mellan primärvård och område psykiatri.* 2015. Reg. nr. i Centuri: 10132-1.
9. —. *Zamsyn - Suicidriskbedömning i primärvården.* 2014. Reg. nr. i Centuri 15420.
10. —. *Zamsyn depression.* 2014. Reg.nr. i Centuri: 15781.
11. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning.* 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
12. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** *Patientsäkerhetslagen - En lag till skydd mot vårdskada.* 2011. ISBN:978-91-7864-216-8.
13. **IVO - Inspektionen för vård och omsorg.** *Beslut 2017-01-10.* Umeå : u.n., 2017. Dnr:RS/1637/2016.
14. **SIRONA HEALTH SOLUTIONS.** *Del 1: Kvantitativ analys nationella indikatorer för barn och unga, Del 2: Kvalitativ behovsanalys.* 2017.
15. **Region Jämtland Härjedalen.** *Rutin för anmälan av allvarlig vårdskada (Lex Maria)2017.* Reg.nr. i Centuri: 29207.
16. —. *Tertialrapport augusti 2017 område psykiatri.* 2017.
17. **Sveriges kommuner och landsting.** *Effektivisering av arbetet med händelseanalyser.* u.o. : Sveriges kommuner och landsting, 2017.
18. **Region Jämtland Härjedalen.** *Handlingsplan vid händelseanalys.* Dnr: RS/967/2016, RS/1450/2016, RS/1445/2017, RS/502/2017.
19. —. *Granskning av psykiatrin 2014.* 2014. Dnr: Rev/28/2014.
20. —. *Svar på revisionsrapport - granskning av psykiatrin 2014.* 2015. Dnr:RS/419/2015.
21. —. *Rapport om uppdrag till regionstyrelsens utskott 2017.* 2017. Dnr:RS/158/2017.

22. —. *Protokoll - Utskottet för hälso- och sjukvård. 2017. § 12.*
23. —. *Bilaga 2: Uppföljning av övergripande handlingsplaner per augusti 2017. 2017.*
Dnr:RS/780/2017.
24. —. *Beslut med anledning av omorganisation 2016-01-01 inom region Jämtland Härjedalen. Dnr:RS/1379/2015.*
25. —. *Regionstyrelsens protokoll 2017 § 113. 2017. RS/799/2017.*
26. —. *Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017. 2017.*
Dnr:VVN/8/2016.
27. —. *Övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete. 2015.*
Dnr:RS/1635/2015.
28. —. *Protokoll SVOM 20:e oktober 2017.*
29. —. *Regionala utvecklingsförvaltningens verksamhets- och uppföljningsplan 2017-2019. Dnr:RUN/620/2016.*
30. —. *Regionplan 2017. 2017.*

