



När ledningen inte tar sitt ansvar...

Tillsyn av psykiatriska akutmottagningar

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO 2016- 15

Foto | Mostphotos

Utgiven | Februari 2016, www.ivo.se

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från myndighetens tillsyn. Avdelning mitt har tillsynsansvar över vårdgivare i sju län: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro.

Denna rapport är en del av IVO:s tillsynsåterföring och belyser tillsyn av de psykiatriska akutmottagningar i samtliga sju län som genomfördes under 2015 i avdelning mitt.

Rapporten är framtagen av utredaren Sofia Palmér. Tillsynen har genomförts av inspektörer vid enheten som arbetar med tillsyn av hälso- och sjukvård inom psykiatrisk specialistsjukvård, med inspektören Håkan Hult som projektledare.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning och slutsatser

Inspektionen för vård och omsorg genomförde 2015 en tillsyn av samtliga åtta psykiatriska akutmottagningar med heldygnsverksamhet i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Vid inspektioner intervjuades skötare, sjuksköterskor och läkare. Inspektionerna innehöll även möten med verksamhetsledningarna för återföring och dialog. Sammanlagt intervjuades 47 personer. Ytterligare 29 personer deltog vid återföringen av resultat. Därutöver granskades patientjournaler och styrande dokument. Tillsynen resulterade i att IVO riktade krav på åtgärder mot samtliga tillsynade verksamheter. Det betyder att verksamheterna måste genomföra förbättringar för att säkerställa en god vård.

Denna rapport syftar till att beskriva resultatet av tillsynen utifrån verksamheternas förutsättningar att ge patienterna en vård som är säker men också jämlik – en viktig del i begreppet god vård. Förhoppningen är att resultaten kan bidra till lärande och utveckling av vården.

När en patient söker sig till en psykiatrisk akutmottagning möts han eller hon av personal som ska bedöma behovet av psykiatrisk specialistsjukvård. Om det finns behov av vård ska personalen även bedöma hur akut behovet är. Oavsett om patienten besöker eller ringer till akutmottagningen så sker en bedömning av patientens behov. Det innebär att de som bemannar mottagningen och telefonrådgivningen måste ha tillräcklig kompetens för att bedöma de sökandes vårdbehov. Det innebär även att det måste finnas gemensamma kriterier för vad som ska ingå i en bedömning, liksom för hur det ska dokumenteras. Det får inte vara olika bedömningar och hantering utifrån vem som möter patienten. Risk för godtycklighet ska inte förekomma då den första bedömningen kan vara avgörande för fortsatt vård och behandling.

IVO har i den genomförda tillsynen identifierat brister som medför en ökad risk för att vården blir mindre säker och mindre jämlik för de patienter som söker för akuta psykiatriska besvär. Det är framförallt följande brister som identifierats:

- ⊗ Kunskapsnivån hos den personal som samtalar med patienter som ringer in till telefonrådgivningen varierar både mellan och inom mottagningarna.
- ⊗ Kunskapsnivån hos den personal som möter patienter som söker vård på akutmottagningen varierar både mellan och inom mottagningarna.
- ⊗ Brister i tydlighet kring syftet med och innehållet i samtalen med patienter, både telefonsamtal till rådgivningen och besök på mottagningen.
- ⊗ Olika uppfattningar om vad en bedömning av en patient innebär och vem som ska göra den första bedömningen. Detta kan t ex medföra att den första och enda bedömningen av vårdbehovet görs av en skötare. I andra fall bedöms alla patienter av läkare efter att ankomstsamtalet genomförts.

- ④ Vad som dokumenteras vid rådgivnings- och ankomstsamtal varierar mellan och inom mottagningarna. Som exempel kan nämnas samtal vid telefonrådgivningen som ibland inte dokumenteras och ankomstsamtal på mottagningen som enbart dokumenteras på en blankett och inte i journalsystemet.
- ④ Ansvarsfördelningen mellan primärjour och bakjour är delvis personbunden, men skiljer sig även mellan mottagningarna. På vissa mottagningar ska primärjour alltid konsultera specialistläkare och på andra endast i de fall det bedöms behövas.

I en del fall kände ledningen till ovan nämnda brister, men hade inte närmare analyserat och åtgärdat dem. I andra fall fick ledningen kännedom om dem i samband med IVO:s återföring av inspektionsresultaten. IVO anser därför att det finns svagheter i den dagliga ledningen och styrningen av verksamheterna. Verksamhetsansvariga måste veta hur verksamhetens vardag ser ut, ha patienten i fokus och agera när det behövs.

Det saknas också systematiska uppföljningar (egenkontroll) i tillräcklig omfattning för att motverka patientsäkerhetsrisker och främja en god vård i arbetet på de psykiatriska akutmottagningarna. Ett metodiskt arbete som syftar till att nå en säker vård av god kvalitet måste därför prioriteras. Detta arbete måste i större utsträckning vara en naturlig och integrerad del i såväl vårdgivarnas som de verksamhetsansvarigas ledning och styrning av verksamheten.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	4
Innehåll	6
Inledning	7
Bedömningar och prioriteringar	9
Oklarheter kring vad begreppet bedömning innebär	9
Jämlig och säker bedömning vid telefonrådgivning?	9
Oklart vem som ska bemanna telefonrådgivningen	10
Riktlinjer för hur rådgivningssamtalen ska genomföras saknas	11
Bristande dokumentation av telefonrådgivningssamtal	11
Jämlig och säker bedömning vid besök på mottagningen?	12
Otydligheter kring vem/vilka som ska göra en bedömning av patienten	13
Hemgång utan läkarbedömning	14
Oklart hur ankomstsamtalen ska dokumenteras	14
Bristar i överrapporteringen vid hög belastning	15
Prioritering – allas eller ingens ansvar?	16
Bemanning av och kompetens hos läkare	18
Otydligheter gällande ansvarsfördelning	18
Tillgängligheten varierar	19
För lite systematik och uppföljning	21
Systemsynen behöver förstärkas	22
Ökad systematik kring egenkontroll	22
Förbättrad avvikelshantering	22
Bilaga 1: Tillvägagångssätt	24
Underlag för rapporten	24
Avgränsningar	25
Innehållsanalys	25

Inledning

Personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning är på många sätt en utsatt grupp. De riskerar både sämre hälsa och att dö i förtid jämfört med befolkningen i övrigt och sämre levnadsförhållanden i form av ekonomisk utsatthet. Socialstyrelsen har i flera rapporter under de senaste åren påtalat att den psykiska ohälsan i landet ökar. Psykisk sjukdom såsom depression och ångestsyndrom är två av våra stora folksjukdomar. Enligt Socialstyrelsen drabbas minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män någon gång i livet av en behandlingskrävande depression.¹ Omkring 25 procent av befolkningen drabbas även av ångestsyndrom någon gång i livet.

Vidare är det inte ovanligt att personer som lider av psykisk sjukdom även lider av flera sjukdomar samtidigt, så kallad samsjuklighet. I vissa fall kan det även finnas beroendesjukdomar såsom alkoholism, som kan försvåra bedömning och behandling.

På de psykiatriska akutmottagningarna möter personalen patienter med stor variation i sjukdomsbild och i problematik, vilket ställer höga krav på kompetens och erfarenhet. Personalen måste kunna göra relevanta iakttagelser kring den sökandes vårdbehov och bedöma vilken vårdnivå som bäst möter patientens behov. De har således ett viktigt och kunskapskrävande uppdrag då de utifrån angelägenhetsgrad ska prioritera bland patienter som kommer till akutmottagningen. Varje psykiatrisk akutmottagning har sina egna förutsättningar vad gäller organisation, storlek m.m. för att ge rätt vård och behandling till de patienter som söker vård.

Liksom alla verksamheter inom hälso- och sjukvård är verksamheten vid en akutmottagning, enligt hälso- och sjukvårdslagen, skyldig att tillhandahålla god och kvalitativ vård som tillgodoser patienternas behov av trygghet och säkerhet.² En grund för att kunna bedriva en god och säker vård enligt lagar och förordningar är att det finns systematik i kvalitets- och ledningsarbetet.³

Syftet med denna rapport är att belysa om det finns förutsättningar i verksamheterna för att den vård som ges vid de psykiatriska akutmottagningarna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion ska kunna betraktas som jämlik och säker för patienterna. Utgångspunkten för analysen av resultaten från tillsynen är två av de sex kvalitetsområden⁴ för god vård som Socialstyrelsen tagit fram, jämlik och

¹ Siffrorna varierar mellan olika undersökningar beroende på hur man avgränsar det som man kallar depression.

² 2a § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

³ Ledningssystemet beskrivs närmare i bilaga 2.

⁴ Sex kvalitetsområden anses vara viktiga förutsättningar för att uppnå en god vård. Dessa områden är: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik samt tillgänglig hälso- och sjukvård.

säker. Resonemanget utgår inte från de indikatorer som Socialstyrelsen⁵ har tagit fram då denna tillsyn belyser en del av den psykiatriska specialistsjukvården.

En **säker** vård minskar risken för vårdskador⁶. Grunden för säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt.

Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet. (2 a, 2 c, 2 e och 28 §§ HSL)

En förutsättning för att arbeta systematiskt med att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

Enligt Socialstyrelsen⁷ bygger ett proaktivt säkerhetsarbete på ett kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat. Detta ska ske på alla nivåer i organisationen. Arbetet ska bedrivas kontinuerligt och med stor öppenhet. Det är ledningens ansvar att tillsammans med medarbetarna skapa en säker vård.

En **jämlik** vård innebär enligt Socialstyrelsen att alla har rätt till lika villkor gällande bemötande, vård och behandling.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. (2 § HSL)

Skillnader ska inte finnas utifrån till exempel bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Dessutom ska de som har **störst behov** prioriteras.

⁵ Nationella indikatorer för God vård, 2009. Socialstyrelsen.

⁶ Med vårdskador avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁷ Nationella indikatorer för God vård, 2009. Socialstyrelsen.

Bedömningar och prioriteringar

I VO kan utifrån genomförd tillsyn konstatera att det finns faktorer vid de granskade mottagningarna och dess telefonrådgivningar som medför ökad risk för att vården inte är säker för patienter, men även ökad risk för att vården inte är jämlik.

I följande avsnitt redogörs för oklarheter kring begreppet bedömning samt identifierade brister vid telefonrådgivning och mottagningsbesök utifrån att de påverkar förutsättningarna för att kunna säkerställa att patienter som söker sig till en psykiatriska akutmottagningarna erbjuds en vård som säker och som bedrivs utifrån lika villkor.

Oklarheter kring vad begreppet bedömning innebär

En övergripande iakttagelse är att det råder oklarhet gällande begreppet bedömning i samband med ankomstsamtalet. Det framkommer att en del av de intervjuade sjuksköterskorna och skötarna anser att de, i och med en faktainsamling, gör en bedömning av patienten. Andra påtalar att en bedömning omfattar mer än bara faktainsamling. De anger att en bedömning förutsätter både fakta och yrkeskompetens för att kunna dra slutsatser kring patientens fortsatta väg i vården.

På vissa mottagningar ska, enligt rutin, den som genomför ankomstsamtalet göra en första bedömning av patienten och dennes vårdbehov. Av andra mottagningars rutinbeskrivningar framgår att det endast handlar om faktainsamling. Anmärkningsvärt är att det i vissa fall inte råder samsyn inom de enskilda mottagningarna kring vem som ska göra den första bedömningen och vad en första bedömning omfattar.

Jämlik och säker bedömning vid telefonrådgivning?

Den första kontakten för patienter som söker vård vid en psykiatrisk akutmottagning i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion sker oftast genom kontakt med mottagningens telefonrådgivning.

Den som bemannar telefonrådgivningen ska utifrån samtalets karaktär och den information som framkommer bedöma om den sökande är i behov av psykiatrisk specialistsjukvård eller inte samt om vårdbehovet är av akut karaktär. I samtalet kan personalen även behöva hänvisa till exempelvis psykiatrisk öppenvård, primärvård eller socialtjänst. Det kan innebära att en person som ringer till telefonrådgivningen bedöms vara i behov av akut psykiatrisk sjukvård och därför behöver komma in till den psykiatriska akutmottagningen. Den som bemannar rådgivningen behöver därför ha tillräcklig kompetens för att göra bedömningar av de sökandes vårdbehov.

Av tillsynen framkommer framförallt följande områden som är relaterade till brister vad gäller kompetens och erfarenhet hos dem som bemannar telefonrådgivningen.

- ⤵ Otydliga riktlinjer för vilka som ska bemanna telefonrådgivningen
- ⤵ Riktlinjer för hur samtalen ska genomföras saknas
- ⤵ Bristande dokumentation av samtal

Oklart vem som ska bemanna telefonrådgivningen

Den telefonrådgivning som finns på de psykiatriska akutmottagningarna ska bemannas med personal som har tillräcklig kompetens för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt. IVO anser att när personal vid telefonrådgivningen inte har den kompetens som vårdgivaren bedömt behövas för uppgiften och det saknas ändamålsenliga rutiner för bedömningar via telefon ökar risken för olikartade och patientosäkra bedömningar.

På flera av mottagningarna överensstämmer inte den bemanning och kompetens som anges i vårdgivarens styrdokument med de svar som de intervjuade ger. Som exempel kan nämnas en av akutmottagningarna där verksamhetschefen uppgav att telefonrådgivningen enbart ska bemannas med specialistutbildade psykiatri-sjuksköterskor. Vid inspektionen visade det sig att endast en av fem hade specialistutbildning inom psykiatrisk vård.

Det finns mottagningar där rutinen anger att det enbart är sjuksköterskor som ska bemanna rådgivningstelefonen och det finns mottagningar där rådgivningen hanteras av både sjuksköterskor och skötare. I ett fall framgår det av de granskade journalerna att de som tagit emot samtalen på mottagningen är sjuksköterskor, skötare, kurator, läkare, läkarstuderande och sjukvårdsbiträden.

Enligt de intervjuade så har inte all personal som bemannar rådgivningen den kompetens som anses krävas för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt. I vissa fall har personalen som bemannar rådgivningen gått utbildning och i andra fall har de fått en kort introduktion. På en av mottagningarna uppgav ledningen att sjuksköterskorna har en lång introduktionstid och att de kontinuerligt handleder varandra vid telefonrådgivning.

De flesta har gått telefonrådgivningsutbildning, den har lett till utveckling av samtalsmetodiken så att samtalet sker med mer struktur.

Vi har en brist i vår rutin [för telefonrådgivningen], vilket gör att vikarier som inte har erfarenhet svarar i telefon. Mest kännbart är det på sommaren, när det är många vikarier.

Det framkommer att faktisk bemanning och kompetens inte överensstämmer med vårdgivarnas interna krav. Kraven när det gäller bemanning och kompetens skiljer sig också åt mellan olika mottagningar.

Riktlinjer för hur rådgivningssamtalen ska genomföras saknas

Därtill tycks det inte vara klarlagt hur samtalen ska genomföras, vilka frågor som ska ställas eller vilka råd som kan ges. Enligt flera intervjuade är det heller inte klargjort huruvida det finns frågor som vissa yrkeskategorier inte ska svara på utan som ska överlåtas till personal med annan kompetens. Som exempel kan utifrån journalgranskning konstateras att det finns situationer där en patient eller närstående ringt och ställt frågor om läkemedelsbiverkningar där samtalet i sin helhet har hanterats av en skötare. Det framgår i dessa fall inte av journalerna om skötaren har konsulterat någon sjuksköterska eller läkare.

Bristande dokumentation av telefonrådgivningssamtal

Vid tillsynen framkom brister avseende dokumentationen av telefonrådgivningssamtalen. Det finns oklarheter gällande vilka samtal som ska dokumenteras, men även hur och var samtal ska dokumenteras. En konsekvens av detta är att vissa samtal inte dokumenterats i det datoriserade journalsystemet.

Jag vet att det är dåligt dokumenterat, men också att det ibland inte alls dokumenteras. Det används både det gamla systemet (med pappersblanketten) och det nya systemet. Jag kan se att man ibland bara använt blanketten.

Under inspektionerna fick de intervjuade som bemannar rådgivningen svara på om de känner till om det finns direktiv för hur bedömningar och rådgivning per telefon ska dokumenteras. På samtliga mottagningar är direktiven kända i viss utsträckning. I de fall direktiven är kända, men inte tillämpas kan bristande följsamhet av styrdokument konstateras.

Tabell 1 Antal mottagningar där direktiv är kända för personalen

Fråga	Kategori	Antal
Direktiv för hur bedömningar och rådgivning per telefon ska dokumenteras	Ja	3
	Delvis	5
	Nej	-
	Total	8
Förutsättningar för att följa direktiven	Ja	2
	Delvis	4
	Nej	2
	Total	8

Källa: IVO

I de fall svaren kategoriserats som delvis beror det på att direktiven anses omfatta endast delar av det som behöver dokumenteras eller att det i direktivet endast framgår att telefonsamtalen till rådgivningen ska dokumenteras men inte hur de ska dokumenteras.

Vi [ledningen] har sett skillnader i hur blanketten fylls i och identifierat brister, framförallt när icke ordinarie personal handlagt ärendet.

I samband med återföring av tillsynsresultatet framförde flera av verksamhetsledningarna att det finns brister i dokumentationen av telefonrådgivningen, något som även IVO noterat i journalgranskningen.

Jämlik och säker bedömning vid besök på mottagningen?

När patienter kommer till den psykiatriska akutmottagningen möts de i regel av en skötare eller en sjuksköterska. I de fall patienter varit i kontakt med telefonrådgivningen kan det vara samma skötare eller sjuksköterska som tar emot på mottagningen. Det första samtalet, ankomstsamtalet, syftar till att samla in tillräckligt med fakta om patienten för att kunna besluta om patienten är i behov av en läkarbedömning. Den första bedömningen kan vara avgörande för fortsatt vård och behandling.

Mottagningarna organiserar sig lite olika gällande vem som genomför ankomstsamtalet. På en del ställen är det framförallt skötare som tar emot, medan en av mottagningarna bemannas enbart med sjuksköterskor.

Flertalet av mottagningarna har rutiner för att det vid ankomstsamtalet ska ingå frågor om eventuell självmordsrisk. Hur detta görs varierar, vid några av mottagningarna lämnas ett formulär till patienten där en skattning av självmordsrisken görs.

När det gäller samtalen med patienterna kan IVO konstatera att det på samtliga mottagningar ställs frågor kring hemmavarande barn. Det finns en god kännedom om den anmälningsplikt⁸ till socialnämnden som vårdpersonal har.

Det finns vissa kritiska faktorer runt ankomstsamtalet som enligt IVO påverkar patientsäkerheten, men även förutsättningen för jämlik vård. Dessa faktorer är följande:

- ⤵ Otydligheter kring vem/vilka som ska göra en bedömning av patienten
- ⤵ Hemgång utan bedömning
- ⤵ Oklart hur ankomstsamtalen ska dokumenteras

⁸ Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) skyldig att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

- ⊗ Rapporteringen brister vid hög belastning
- ⊗ Prioritering – allas eller ingens ansvar?

Otydligheter kring vem/vilka som ska göra en bedömning av patienten

Det råder skiftande uppfattningar om huruvida personalen som genomför ankomstsamtalen ska göra en bedömning av patientens psykiska hälsotillstånd eller inte. IVO kan konstatera att uppfattningarna går isär mellan olika yrkesgrupper, men framförallt finns det skillnader utifrån vad som står beskrivet i olika styrdokument och hur arbetet de facto bedrivs. Detta påtalade IVO i återföringen med verksamhetsledningarna på de mottagningar där lämnade uppgifter var motstridiga. Med andra ord sker inte arbetet utifrån verksamheternas processer. Hur kan dessa mottagningar verka för en patientsäker och jämlik vård, när processer inte följs? Frågan återkommer längre fram i rapporten, i det avslutande avsnittet om systematik.

Vi har en ganska stabil och erfaren personalgrupp som också är med i utvecklingsarbetet. Akilleshälen är vikarierna. Vi vill ju att vikarierna ska stämma av med oss och att vi vill ha koll, men det kan bli fel ibland. Det finns inget skriftligt.

På två av de åtta mottagningarna används en standardiserad modell, vid ankomst-samtalet med patienten, för att kunna sortera och prioritera patienter utifrån att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först. Arbets sättet syftar till att personalen systematiskt, snabbt och säkert ska kunna bedöma vårdbehov, vårdnivå och prioriteringsgrad hos den vårdsökande. Detta arbetssätt ska medföra en tidig upptäckt av de sjukaste samt identifiering av de mindre sjuka patienterna. De akutmottagningar som använder sig av detta upplever att det fungerar bra, att det bidragit till en bättre bedömning av patientens vårdbehov och därmed en bättre förutsättning att prioritera.

Det framkommer i intervjuerna och granskningen av journaler att det finns diskrepanser i vad som ska ingå vid ankomstsamtalet. Ett sådant exempel är att det enligt rutinerna på en av de tillsynade mottagningarna alltid ska göras en screening av självmordsrisk. I de fall det inte är genomförbart ska orsaken dokumenteras. De intervjuade svarade att de genomför screening, men vid IVO:s granskning finns notering om genomförd screening endast i 5 av 20 journaler. I de övriga journalerna framgår inte orsak till varför screening inte genomförts. I samtalet med ledningen uppgav verksamhetschefen att det var något som skulle göras och att det var förvånande att det inte fanns dokumenterat i journalerna.

När det gäller instrument för identifiering av självmordsrisk har SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, nyligen konstaterat att de flesta instrument inte lyckas bidra till att identifiera en ökad självmordsrisk⁹. Däremot

⁹ SBU, 2015. *Instrument förbedömning av suicidrisk, en systematisk litteraturoversikt.*

kan de ses som ett pedagogiskt verktyg när det gäller att säkerställa att vissa frågeställningar fångas.

I vissa fall tas beslut om att en strukturerad bedömning av självmordsrisk ska göras utifrån den screening av självmordsrisken som görs vid ankomstsamtalet av skötare eller sjuksköterska. På samtliga mottagningar är det läkare som beslutar om, samt genomför, de strukturerade självmordsriskbedömningarna¹⁰.

Hemgång utan läkarbedömning

Majoriteten av de som söker sig till mottagningarna träffar läkare. Men på nästan alla mottagningar inträffar det med jämna mellanrum att patienter bedöms kunna gå hem utan att träffa läkare. Det är oftast av verksamheterna välkända patienter, men i vissa fall även berusade patienter, som bedöms kunna gå hem utan en läkarkontakt. I dessa fall är det vanligen en sjuksköterska som tar beslutet, oftast i samråd med primärjouren. Det är däremot inte samstämmigt i svaren från intervjuerna att det i verksamheten är uttalat att primärjouren alltid ska konsulteras.

Bristen på tydlighet och samstämmighet i detta kan, enligt flera intervjuade, innebära att en oerfaren sjuksköterska eller skötare kan, utan att ha konsulterat någon annan, besluta att en patient ska gå hem utan läkarbedömning. IVO anser att detta är förenat med ökade risker för patientsäkerheten.

Oklart hur ankomstsamtalen ska dokumenteras

Ankomstsamtalen som genomförs dokumenteras oftast på en pappersblankett som sedan följer patienten. Uppgifterna ska även dokumenteras i journalsystemet. Hur detta görs varierar mellan mottagningar, men även mellan olika anställda. Det finns de som enbart dokumenterar i journalsystemet och de som i vissa fall bara dokumenterar på blanketten. Överlag saknas det tydlighet för hur samtalen ska dokumenteras.

Tabell 2 Antal mottagningar med direktiv som är kända för personalen

Fråga	Kategori	Antal
Direktiv för hur besök på mottagningen ska dokumenteras	Ja	3
	Delvis	-
	Nej	5
	Total	8

Källa: IVO

Vi gör som vi alltid gjort och troligen är det så som det ska vara. Vi dokumenterar från ankomstsamtalet och alkotestprov samt i förekommande fall puls/blodtryck (på ordination) och urinprov.

¹⁰ Med strukturerad självmordsriskbedömning menar Socialstyrelsen att bedömningen alltid sker på ett likartat sätt och enligt en viss struktur.

Ja, fyller i en checklista som sedan lämnas till primärjouren som gör en journalanteckning. Om jag tycker att det behöver dokumenteras ytterligare gör jag det själv i patientens journal.

På de två mottagningarna där ankomstsamtalen utgår från en standardiserad modell för triagering¹¹ sker dokumentationen utifrån den standardiserade modellen, i dessa fall RETTS-PSY¹². I andra fall uppger de intervjuade att det inte finns några direktiv för hur de ska dokumentera. De utgår från den mall som finns på blanketten och i journalsystemet.

På flera av mottagningarna uppger personalen att det inte finns några tvingande fält i det datoriserade journalsystemet, det är inte heller tydligt vilka sökord som ska användas. Det resulterar i stora variationer i dokumentationen. Vid återföring framkom att verksamhetsledningarna var medvetna om variationerna i dokumentationen. De har även uppmärksammat att det finns brister i dokumentationen bland annat utifrån att den ibland kan se ”väldigt torftigt ut”.

Man dokumenterar olika. När det är hög arbetsbelastning kan det även hända att det dokumenteras mindre.

I ett av fallen framkommer att sjuksköterskor dokumenterar sammanfattningen av läkarsamtalet där de anger vad som blev resultatet av läkarens bedömning. De skriver in läkarens åtgärder under sökordet bedömning så att efterkommande personal kan läsa vad som hände då det ofta dröjer innan läkarens diktat blir utskrivet. Vid granskning av journalerna noterar IVO att det framstår som att sjuksköterskor har bedömt och ordinerat patienter läkemedel.

Brister i överrapporteringen vid hög belastning

På samtliga mottagningar rapporterar omvårdnadspersonalen (skötare och sjuksköterskor) muntligt och skriftligt till läkare inför att de ska träffa patienterna. Den skriftliga rapporteringen avser i flera fall den pappersblankett som fylls i vid ankomst. Det finns tillfällen när rapporteringen blir bristfällig. Risk för sådana brister finns när det är hög arbetsbelastning, när personalen är stressad och i akuta situationer.

Vid hög arbetsbelastning och stress kan det bli att vi inte hinner dokumentera direkt efter samtalet.

Det förekommer även att nya, oerfarna läkare träffar patienter utan att ha fått rapport från den som genomfört ankomstsamtalet. Det finns då en uppenbar risk att läkaren missar personalens bedömning, om den inte dokumenterats. En av de

¹¹ Triage = process för att systematiskt indela patienter utifrån medicinsk angelägenhetsgrad för att bedöma vårdbehov och vårdnivå.

¹² RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) innebär en systematisk och standardiserad klinisk undersökning som genomförs på alla patienter som inkommer till aktuell akutmottagning. En strukturerad akutjournal/RETTS-PSY följer patienten och ger vägledning i prioriteringsarbetet.

intervjuade uttrycker att det ibland är personer som söker för en sak, men omvårdnadspersonalen bedömer utifrån erfarenhet och kompetens att det rör sig om något annat. Om det då är så att personalen inte ska dokumentera något annat än status och anamnes och samtidigt inte ska göra någon bedömning, kan viktig information missas.

Överlag tycks rapporteringen fungera. Det finns tid för att rapportera mellan skiften och de allra flesta läkare är måna om att få en muntlig rapportering inför mötet med en patient.

Det är alltid omvårdnadspersonal närvarande när vi läkare träffar patienter. Efter samtalet diskuterar jag patienten med den personal som varit med, därefter rapporterar jag till tjänstgörande sjuksköterska.

Enligt några av de intervjuade anpassas rapporteringen utifrån läkarens önskemål, då det finns läkare som sällan eller aldrig vill ha en muntlig rapportering medan andra alltid vill ha det. På flera av mottagningarna finns rutinen att den personal som genomfört ankomstsamtalet även är med i patientens samtal med läkare.

Prioritering – allas eller ingens ansvar?

Till en akutmottagning kommer patienter med olika stort vårdbehov och med varierande grad av akut behov. En iakttagelse som IVO gör i denna tillsyn är att det i många fall inte är klart vem som kan ta beslut om hur patienter ska prioriteras. IVO anser att det ska vara tydligt vilka patienter som ska prioriteras samt vem som ska ansvara för prioriteringen då dessa beslut har en direkt inverkan på patientsäkerheten.

Det finns vissa patientgrupper som, enligt de intervjuade, är prioriterade på samtliga mottagningar. Dessa grupper prioriteras utifrån att de ska tas om hand omgående.

- ⊗ Patienter som kommer med annan personal, exempelvis polis eller socialtjänsthandläggare
- ⊗ Barn och unga
- ⊗ Utagerande patienter

Hur de övriga patienterna ska prioriteras framgår överlag inte av de rutiner som IVO tagit del av, förutom på de mottagningar som arbetar med en standardiserad modell för triagering.

Enligt modellen prioriteras patienten enligt en färgkod, där varje färg innebär en prioriteringsgrad. Däremot genomförs det sällan eller aldrig så kallade omtriageringar. Anledningen förklaras vara dels att personalen inte har upplevt något behov av att omtriagera patienter och dels att det inte finns arbetsrutiner för det. Det tycks inte finnas något pågående systematiskt arbete med att kontinuerligt följa upp de patienter som väntar.

Det råder även olika uppfattning om vem som ska ansvara för prioriteringen på de olika akutmottagningarna. Vem som ansvarar för prioriteringen framgår inte alltid i den dokumentation som IVO tagit del av, det framgår inte heller hur prioriteringen ska ske. På en av de tillsynade mottagningarna svarar omvårdnadspersonalen att det är ett gemensamt beslut, samtidigt som de flesta anser att de även kan ta egna beslut utan att få det sanktionerat av övriga i gruppen. Däremot är det, enligt verksamhetens rutiner, sjuksköterskorna som ansvarar för prioriteringen av patienter.

Bemanning av och kompetens hos läkare

Läkarbemanningen på de psykiatriska akutmottagningarna skiljer sig åt, såväl under dygnet på den enskilda mottagningen som mellan mottagningarna. I detta avsnitt redogörs för läkarnas uppdrag och förutsättningar att utföra sitt uppdrag på de åtta tillsynade mottagningarna.

På de flesta av akutmottagningarna finns både primärjour och bakjour tillgänglig. På några av mottagningarna har ledningen en ambition att schemalägga ST-läkare på primärjournspassen nattetid. Som primärjour dagtid tjänstgör vanligen en underläkare eller AT-läkare. På dagtid finns bakjouren vanligtvis i verksamheten och är tillgänglig för konsultation. Nattetid finns bakjouren tillgänglig via telefon, utom på en av mottagningarna där bakjouren finns på plats även nattetid.

Att upprätthålla en tillräcklig bemanning med legitimerade läkare är en av svårigheterna för de psykiatriska akutmottagningarna. När det kommer patienter där tvångsvård kan bli aktuell behöver en legitimerad läkare göra en undersökning för att ta ställning till om ett vårdintyg utfärdas¹³. För att säkerställa tillgången på legitimerade läkare finns det på en av mottagningarna ytterligare en jourlinje med legitimerade läkare.

Otydligheter gällande ansvarsfördelning

En stor andel av de intervjuade anger att det inte finns kriterier för vilka patienter som ska bedömas av primärjour respektive bakjour, men anser att det skulle behövas.

Samtidigt som flertalet intervjuade svarar att de inte känner till om det finns några kriterier har de trots allt en uppfattning om när bakjouren ska kontaktas samt när bakjouren bör komma in och träffa patienterna. Flera av läkarna svarar att primärjouren ska konsultera bakjouren i alla patientärenden, i synnerhet om det är AT-läkare eller annan icke-legitimerad läkare som arbetar som primärjour. Det finns hos flera av de intervjuade önskemål om att bakjouren ska vara mer fysiskt tillgänglig på akutmottagningen för att stötta primärjouren när det kommer patienter under 18 år och när det är högt söktryck.

I andra fall rör det sig om otydliga formuleringar, som exempel kan nämnas att det i rutinerna för en av mottagningarna beskrivs att primärjouren ska konsultera bakjouren ”vid behov”.

¹³ Beslut om tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning. Jfr 4, 5 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk, tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

IVO konstaterar att det finns variationer i hur ansvarsfördelningen mellan primärjour och bakjour beskrivs. För att vårdgivaren ska kunna säkerställa en god vård krävs att det finns systematik i arbetet med egenkontroll. Det kan till exempel omfatta täta uppföljningar av kompetensen hos icke-legitimerade läkare som arbetar som primärjour.

Tillgängligheten varierar

Bakjourens vilja att ta ansvar och att vara ett stöd för primärjouren tycks till viss del vara personbunden, något som flera av de intervjuade uttrycker i samtalen med IVO. Det finns bakjourer som tydligt uttrycker att de vill bli kontaktade gällande alla patienter som primärjouren möter. Andra vill endast bli kontaktade vid behov.

Omvårdnadspersonalen upplever att det finns bakjourer som är noga med att lyssna in deras bedömningar för att kunna stötta upp primärjouren.

Tidigare har det sagts att primärjouren ska ringa och konsultera om alla patienter. Det finns inte skriftliga direktiv, men det vore bra (för ökad patientsäkerhet) om det fanns det att primärjouren ska kontakta bakjouren i varje patientärende. De är rekommenderade att kontakta bakjouren, men får göra det efter eget omdöme och på eget ansvar. Bakjouren vill att de ringer, vid inläggning ska de ringa.

Borde vara en specialistläkare som är med vid alla patientbesök och som kan göra bedömningar tillsammans med AT- och ST-läkare.

Flera av de intervjuade bakjourerna uttrycker att de ställer mer kontrollfrågor i de fall de upplever primärjouren som osäker eller om det är någon som är ny och oerfaren.

Vid IVO:s granskning av journaler framkom det vissa otydligheter. Om dessa kan härledas till en brist i dokumentationen eller om det är brister i ansvarsfördelningen mellan bakjour och primärjour är oklart. IVO konstaterar bland annat att det på en mottagning i vissa fall har varit vikarierande läkare utan legitimation som gjort bedömningar utan att det framgår om bakjouren kontaktats.

IVO har i ett principiellt beslut¹⁴ ställt krav på att vårdgivaren ska säkerställa att läkare med vikariatsförordnande enligt 2 § första stycket 1 och 3 SOSFS 2000:6 inte arbetar självständigt vid akutmottagningarna utan tillgång till legitimerad läkare på plats som ansvarar för patienten. IVO menar att legitimerade läkare ska finnas tillgängliga i den utsträckning det behövs för att säkerställa att en god och säker vård ges på akutmottagningen. Det ska således finnas en rimlig fysisk närhet

¹⁴ <http://www.ivo.se/tillsyn/detta-ser-tillsynen/principiella-beslut/lcke-legitimerade-lakare-akutmottagning/>

mellan läkaren med vikariatsförordnande och den legitimerade läkaren. Enbart en möjlighet att konsultera per telefon är, enligt IVO, inte tillräckligt.

IVO har i grunden samma uppfattning när det gäller AT-läkares arbete på en akutmottagning. AT-läkare ska i normalfallet inte arbeta självständigt vid akutmottagningarna utan tillgång till legitimerade läkare på plats som ansvarar för patienten. Av regelverket framgår att en läkare först efter fullgjord AT på egen hand ska kunna handlägga livshotande akuta tillstånd.

IVO anser emellertid att det ska finnas en möjlighet att göra individuella bedömningar när det gäller AT-läkare. Graden av självständighet i arbetet vid en akutmottagning kan tillåtas variera för denna grupp, beroende på den enskilde läkarens erfarenhet och kompetens.

Det är viktigt att verksamhetsledningarna gör en genomlysning av hur de säkerställer att det alltid finns legitimerade läkare tillgängliga i den utsträckning det behövs för att säkerställa att en god och säker vård ges på de psykiatriska akutmottagningarna.

I de fall bakjouren konsulteras för en bedömning av en patient är det oftast primärjouren som journalför bakjourens bedömning. För att säkerställa att bedömningen journalförs korrekt arbetar bakjouren lite olika. Det är dock överlag personbundet utifrån i vilken utsträckning bakjouren upplever att det går att lita på att primärjouren uppfattat rätt.

Det finns inget system som säger att man ska vidimera, det är också situationsbundet och personbundet hur mycket jag kollar upp.

Säger till primärjouren att vara noggrann med dokumentationen kontrollerar journalanteckningen dagen därpå om jag är osäker.

I de fall bakjouren känner sig osäkra på huruvida primärjouren uppfattat rätt ber de att få ta del av journalanteckningarna. En del vill se anteckningen och vidimera, i synnerhet om det är nya primärjourer. Här är det, enligt IVO, viktigt att säkerställa att det i journalanteckningarna framgår vem som gjort bedömningen. Det är i flera avseenden viktigt att det finns spårbarhet i journalerna, inte minst utifrån patientsäkerheten t.ex. så att nästa behandlare vet vilka åtgärder som vidtagits eller vilket läkemedel som ordinerats.

För lite systematik och uppföljning

I de tidigare avsnitten har brister som identifierats i tillsynen av de psykiatriska akutmottagningarna lyfts fram. Dessa brister omfattar situationer där patienternas fortsatta väg i vården bestäms, såsom bedömningar och prioriteringar. Bristerna presenteras i nedanstående tabell.

Tabell 3 Identifierade brister i de psykiatriska akutmottagningarnas verksamhet

Område	Beskrivning av brister
Telefonrådgivning	Otydliga eller avsaknad av krav på kompetens hos dem som bemannar telefonrådgivningen
Telefonrådgivning	Avsaknad av struktur för vilka frågor som måste ställas
Telefonrådgivning	Otydligt vad som ska dokumenteras och hur dokumentationen ska göras
Ankomstsamtal	Oklart vad som ska ingå i en bedömning Oklart om omvårdnadspersonalen ska göra bedömningar
Ankomstsamtal	Otydligt vad som ska dokumenteras och hur dokumentationen ska göras
Prioritering	Oklart vem som ansvarar för prioriteringen och vilka som ska prioriteras Oklart hur prioriteringen ska göras
Icke-legitimerad läkares arbete	Varierar på vilken nivå AT och annan icke-legitimerad läkare får utföra självständigt arbete

Källa: IVO

De brister som framkommer kan härledas till att det tycks saknas delar i det systematiska kvalitetsarbetet. Flera av brister som identifierats är inte förenliga med de två kvalitetsområdena säker och jämlik vård. De visar på att det i delar saknas ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Enligt Socialstyrelsen¹⁵ innebär ett proaktivt säkerhetsarbete ett ”kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat” i alla delar av organisationen. De identifierade bristerna medför ökade risker för patienten men även en ökad risk för att vården inte ges på lika villkor. En bristande systematik medför en ökad risk för att beslut som fattas gällande patienter skulle kunna bli godtyckliga eller rent av slumpartade.

Utifrån återkopplingen med verksamhetsledningarna för de psykiatriska akutmottagningarna framkommer att det finns utrymme för förbättring när det gäller:

- ⤵ Systemsyn
- ⤵ Egenkontroll (egna uppföljningar och utvärderingar) utifrån patientsäkerheten
- ⤵ Återkoppling av avvikelser

¹⁵ Nationella indikatorer för God vård, 2009. Socialstyrelsen.

Systemsynen behöver förstärkas

På samtliga tillsynade mottagningar har IVO mött personal med stort engagemang och i många fall även lång erfarenhet inom yrket. IVO menar att personalens flexibilitet och förmåga att verka för patienternas välbefinnande i den enskilda situationen kompenserar bristerna. Att verksamheterna är beroende av enskilda och tillfälliga initiativ tyder på en bristande systemsyn. Det är därför angeläget att verksamheterna ser över och utvecklar nödvändiga processer för att säkra en god vård.

Verksamhetsledningarna för de tillsynade psykiatriska akutmottagningarna behöver således bli bättre på att identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet avseende bedömningar och prioriteringar, men även avseende egenkontroll.

Ökad systematik kring egenkontroll

I samtalen med verksamheternas ledningar visar det sig att det på flera av mottagningarna inte görs egenkontroller i någon större utsträckning. I ett fall berättar ledningen att egenkontroll enbart genomförs på förekommen anledning, det finns med andra ord ingen systematik gällande egenkontroll.

Flera av representanterna för verksamhetsledningen uttrycker att det är svårt att finna tid och utrymme för att hinna med egenkontroll, det anses saknas resurser för denna uppgift.

Vi försöker ta fram lathundar och så, men uppföljningen hinner vi inte med.

Problemet är att vi har många vakanta sjukskötersketjänster, det går därför inte bara att plocka folk till journalgranskningar m.m.

I vissa fall anses uppföljningen vara problematisk då det är svårt att söka i journalsystemet. En representant för ledningen på en av mottagningarna påtalar att det ”i journalsystemet saknas möjlighet att göra specifika sökningar för egenkontroll av dokumentationen. Det krävs en stor del manuellt arbete för att t.ex. göra slumpmässiga stickprovskontroller i journaldokumentationen”.

IVO har i besluten till vårdgivarna påtalat skyldigheten att genomföra egenkontroll och vill här understryka egenkontrollens betydelse i det systematiska kvalitetsarbetet.

Förbättrad avvikelshantering

Även avvikelser är en del av det proaktiva säkerhetsarbetet som bidrar till god vård. Majoriteten av de som intervjuats, oavsett yrkeskategori, har rapporterat avvikelser. Det finns olika synpunkter kring den återkoppling av avvikelser som

sker. Det betyder att det finns förbättringspotential utifrån att flera av de intervjuade på de olika akutmottagningarna menar att återkopplingen är sparsam då det i regel handlar om ett e-postmeddelande innehållande information om att avvikelsen tas om hand.

På flera av mottagningarna är avvikelser en stående punkt på arbetsplatsträffarna, men tydligheten kring vilka avvikelser som leder till åtgärder i verksamheterna kan enligt flera bli bättre.

I IVO:s rapport ”Hur står det till med våra akutmottagningar?”¹⁶ påtalas att flera anser att det endast är en liten andel av mängden avvikelse rapporter som är relevant och att avvikelse rapporter delvis används för att påtala fel och brister hos kollegor. Det förklaras bland annat av att avvikelse rapporteringen måste lyftas till en annan nivå och att den idag används felaktigt.

Även i denna tillsyn framkommer det att det till viss del finns avvikelse rapporter som inte upplevs relevanta. En av verksamhetscheferna beskriver hur olika medarbetare har skrivit avvikelse rapporter kring samma händelse utifrån att de lyft vad de upplever är dåligt bemötande från varandra. Verksamhetschefen påtalar att det i dessa fall kan kännas svårt att hantera rapporterna, då det handlar om att två personer ska kommunicera med varandra, snarare än en avvikelse.

På en av mottagningarna uttryckte personalen en rädsla för att skriva avvikelse rapporter då dessa är allmänna handlingar. Svaren tillbaka till den som rapporterat tenderade att bli väldigt kryptiska. Det visade sig även att det ibland inte skrivs avvikelser för att personalen inte vill ”hänga ut” kollegor. Det finns uppenbara vinster med att förtydliga att avvikelse systemet är en del i arbetet med ständiga förbättringar.

¹⁶Inspektionen för vård och omsorg (2015), *Hur står det till med våra akutmottagningar?* www.ivo.se/rapporter

Bilaga 1: Tillvägagångssätt

IVO genomförde år 2014 en nationell riskanalys. I denna påtalades bland annat att det finns risker för patienter kopplade till bemanning och kompetens inom hälso- och sjukvården.

Utifrån den nationella riskanalysen har avdelning mitt genomfört ett projekt som syftar till att granska de psykiatriska akutmottagningarna med heldygnsverksamhet inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Inom ramen för projektet har IVO granskat områdena bedömning, ansvar, kommunikation och prioritering vid de psykiatriska akutmottagningarna.

Syftet med denna rapport är att belysa om den vård som ges vid de psykiatriska akutmottagningarna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion är att betrakta som säker och jämlik för patienterna. Utgångspunkten är två av de sex kvalitetsområden för God vård¹⁷ som Socialstyrelsen tagit fram.

Underlag för rapporten

IVO:s egeninitierade tillsyn av akutmottagningarna: Sammanlagt ligger åtta beslut till grund för rapporten. Besluten inkluderar tillsyn av de psykiatriska akutmottagningarna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Samtliga vårdgivare har fått krav på förbättringsåtgärder i besluten från IVO. Det betyder att vårdgivarna måste visa på vidtagna förbättringsåtgärder innan ärendena avslutas. Vid datum för publicering har IVO avslutat ett ärende (Västerås), resterande kommer att avslutas under 2016.

Till grund för besluten finns genomförda inspektioner med strukturerade intervjuer med primärjourer, bakjourer, dag- och nattsjuksköterskor samt dag- och nattskötare. Vid intervjuerna ställdes frågor om:

- ⊗ Ansvar
- ⊗ Bedömningar och prioriteringar
- ⊗ Dokumentation
- ⊗ Samverkan och kommunikation
- ⊗ Avvikelsesrapportering
- ⊗ Anmälningsskyldighet avseende minderåriga barn

¹⁷ Begreppet God vård kom i samband med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Sex kvalitetsområden anses vara viktiga förutsättningar för att uppnå en god vård. Dessa områden är: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik samt tillgänglig hälso- och sjukvård.

Besluten grundas även på granskning av faktauppgifter, patientjournaler och dokument från vårdgivaren. Patientjournaler har granskats gällande psykiatriska akutbesök och telefonrådgivning.

IVO har även genomfört muntlig återföring av iakttagelser från intervjuerna med verksamhetsledningarna. Vid dessa tillfällen gavs möjlighet till diskussion.

Rapporter: Genomgång av rapporter från andra myndigheter såsom Socialstyrelsen, SBU och Vårdanalys.

Lagstiftning: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Patientdatalagen (2008:355), Patientsäkerhetslagen (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Diskussioner med sakkunniga vid IVO: Inspektörerna Håkan Hult, Gunnar Hägglund, Ylva Grahn, Herman Pettersson, enhetschef Peder Karlsson samt avdelningschef Ewa Sunneborn.

Avgränsningar

Tidsperioden för tillsynen är år 2015. Underlaget består av egeninitierad verksamhetstillsyn som genomförts i projektform vid samtliga psykiatriska akutmottagningar i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion där heldygnsverksamhet bedrivs.

Innehållsanalys

Materialet har kategoriserats och sammanställts utifrån de i tillsynen granskade områdena och som beskrivs i inspektionsbesluten. Vid inspektionerna intervjuades sammanlagt 47 personal och 29 representanter utsedda av verksamhetscheferna deltog vid IVO:s återföringar, vilka varit en viktig del i framtagandet av rapporten. Huvudsakliga frågor som i analysen har ställts till materialet är följande:

- ⊗ *Bedömningar – telefonrådgivning:* Vad är de främsta bristerna enligt besluten från IVO? Hur ser det ut utifrån kvalitetsområdena säker och jämlik vård?
- ⊗ *Bedömningar – besök på mottagningarna:* Vad är de främsta bristerna enligt besluten från IVO? Hur ser det ut utifrån kvalitetsområdena säker och jämlik vård?
- ⊗ *Prioritering:* Vad är de främsta bristerna enligt besluten från IVO? Hur ser det ut utifrån kvalitetsområdena säker och jämlik vård?
- ⊗ *Läkarbemanning:* Vad är de främsta bristerna enligt besluten från IVO? Hur ser det ut utifrån kvalitetsområdena säker och jämlik vård? Hur överensstämmer läkarbemanningen med IVO:s principbeslut?

När ledningen inte tar sitt ansvar...
Tillsyn av psykiatriska akutmottagningar
Artikelnr: IVO 2016-15
Utgiven www.ivo.se, februari 2016

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se