

# Externa kollegiala revisioner

ETT UNDERLAG FÖR UTFÖRANDE AV GRANSKNINGAR INOM  
PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD OCH RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

## Förord

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har tillsammans med medlemsföreträdare arbetat fram ett underlag för utförande av kollegiala revisioner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Ett enhetligt underlag är att föredra vid utförande av kollegiala revisioner över sjukvårdshuvudmannagränserna då revisorerna på detta sätt utgår från samma underlag.

Förbundet anlidade Ingela Heimann, psykiatriker från Västra Götalandsregionen, för att arbeta fram den modell och de frågor som presenteras i denna rapport. Företrädare från olika psykiatriska föreningar, nätverk och resurspersoner har utgjort referensgrupp till arbetet såsom Tuula Wallsten företrädare från Svenska Psykiatriska Föreningen, Kaj Forslund från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Peter Engelsöy från Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Henrika Jormfeldt från Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor och Carl-Gustaf Olofsson från nätverket för ledning och styrning av psykiatri. Resurspersoner i arbetet har varit Gunnar Moustgaard psykiatriker och chefsläkare i Region Skåne, Per-Axel Karlsson psykiatriker och chefsöverläkare från Norrbottens läns landsting, Sören Akselson psykiatriker och chefsöverläkare i Stockholms läns landsting, Håkan Götmark psykiatriker och chefsöverläkare i Stockholms läns landsting, Herman Holm överläkare inom Region Skåne och Jan Cederblad verksamhetschef inom rättspsykiatri i Östergötlands läns landsting. Företrädare från Svenska Psykiatrföreningen för Skötare (SPFS) och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) har erhållit information om arbetet. På förbundet har arbetet hållits samman av Karin Lindström, handläggare vid avdelningen för vård och omsorg.

Underlaget har provats vid en revision inom vuxenpsykiatrisk tvångsvård. Företrädare från Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri arbetar för tillfället med en översyn av materialet för att kunna använda det inom den barn- och ungdomspsykiatriska tvångsvården.

Juridiska oklarheter finns i föreskriften SOSFS 2008:18, vilket Socialstyrelsen arbetar med att klarlägga och förtydliga. Revisorerna i detta sammanhang har idag inte stöd i lagstiftningen att läsa i patientjournaler på det sätt som beskrivs i föreskriften. Sjukvårdshuvudmännen kan idag antingen använda detta underlag för utförande av kollegiala revisioner med fokus på offentliga dokument och samverkan eller så kan verksamhetsföreträdare från den granskade verksamheten själv granska sina journaler enligt instruktioner från revisorerna.

Denna rapport kommer att förvaltas av "Nätverket för styrning och ledning av psykiatri" som består av psykiatriföreträdare från Sveriges landsting och regioner. Nätverket träffas återkommande i förbundets regi och kommer att bevaka och följa Socialstyrelsens arbete med att förtydliga de rådande oklarheterna.

Med detta arbete hoppas vi som engagerat oss i frågan att kunna bidra till utvecklingen av den interna egenkontrollen inom den psykiatriska tvångsvården över landet. En alltid lika aktuell fråga för landets sjukvårdshuvudmän är att erbjuda en likvärdig och god och säker vård.

A handwritten signature in dark ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Göran Stiernstedt, Direktör  
Avdelningen för vård och omsorg  
Sveriges Kommuner och Landsting

## Innehåll

<b>Varför externa kollegiala revisioner?</b> .....	<b>4</b>
Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:18 .....	4
Fri- och rättigheter .....	5
Revision som begrepp inom hälso- och sjukvård .....	5
Offentlighet och sekretess rörande skriftlig rapport .....	6
<b>Att bidra till den interna egenkontrollen</b> .....	<b>8</b>
Revisorerna .....	9
Grundläggande förutsättningar innan en revision .....	9
<b>Revisionens sex steg</b> .....	<b>11</b>
1. Behov av extern kollegial revision .....	11
2. Kontakt med verksamheten, planering och förberedelse .....	12
3. Revisorerna – att tänka på .....	13
4. Frågor vid revision .....	14
5. Revisionsbesöket på plats .....	14
6. Återföring .....	15
<b>Källor</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>17</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>18</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>21</b>
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>37</b>

# Varför externa kollegiala revisioner?

## Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:18

Socialstyrelsen gav 2009 ut handboken Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) med information och vägledning för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

I handboken framgår att verksamhetschefen **ska**, som ett led i uppföljningen av att tvångsvården ges i överensstämmelse med lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård se till att *verksamheten regelbundet granskas* för att säkerställa att kraven är tillgodosedda. Detta i enlighet med 2 kap. 5 § Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18).

Granskningen ska utföras av *någon annan* än företrädare för verksamheten eller dess sjukvårdshuvudman.

Det finns oklarheter i föreskriften bland annat kring hur revisorerna ska hantera sekretessen då revisorerna idag inte har lagliga förutsättningar att läsa i patientjournaler på det sätt som beskrivs i föreskriften. Under framtagandet av detta underlag har kontakter förevarit med företrädare från Socialstyrelsen. Myndigheten arbetar med ett förtydligande av föreskriften. Detta innebär att för tillfället kan detta underlag användas vid revisioner med fokus på offentliga dokument och samverkan samt så kan företrädare från den verksamhet som ska granskas själva slumpvis välja ut journaler och granska dessa enligt instruktioner från revisorerna.

## Fri- och rättigheter

Varje medborgare i Sverige är enligt vår grundlag 2 kap. 6 § regeringsformen (1974:152) tillförsäkrad fri- och rättigheter gentemot det allmänna avseende bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation, undersökning av brev, avlyssning och frihetsberövande.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, ger lagligt stöd för att bedriva psykiatrisk tvångsvård under administrativt eller straffrättsligt frihetsberövande.

Vid alla former av tvångsingripande såsom medicinering, fastspänning och avskiljande ska patienten bemötas med respekt, delaktighet och god omvårdnad.

Den grundläggande regleringen av hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, gäller även all psykiatrisk vård. Patienten ska erbjudas en god vård på lika villkor enligt 2 a § HSL vilket innebär:

- Att vården ska vara av god kvalitet och bl.a. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- Att vården ska vara lättillgänglig
- Att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- Att vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal
- Att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården
- Att vården så långt det är möjligt ska genomföras i samråd med patienten
- Att varje patient ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd

## Revision som begrepp inom hälso- och sjukvård

Revision är ett etablerat begrepp ursprungligen hämtad från ekonomisk redovisning. Termen återfinns även inom juridiken och hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården används begreppen medicinsk och klinisk revision. Revision används då som ett begrepp inom internkontroll.

*Medicinsk revision* är en professionell granskning av en organisation som bedriver hälso- och sjukvård. Med medicinsk avses i första hand klinisk patientvårdande verksamhet, diagnostik, behandling och resultat. I viss omfattning ingår omvårdnad, bemötande, organisation, rutiner, resursutnyttjande, prioriteringar, samverkan, analys av enhetens uppdrag samt förebyggande insatser.

Medicinsk revision kan närmast jämföras med engelskans ”medical audit” och avser en systematisk granskning av en verksamhet. Det innebär att granskningen är mer formell än ett vanligt kollegialt studiebesök.

Med *klinisk revision* menas att fokus även ligger på omvårdnad och paramedicinska verksamhetsområden som t.ex. teamarbete. Revisionen hämtar lärdom från Donabedians (1996) pedagogiska modell för kvalitetsarbete där kvalitet indelas i en triad bestående av *struktur*, *process* och *resultatkvalitet*.

Externa kollegiala revisioner innebär i detta sammanhang att revisorerna är kollegor från ett annat sjukvårdshuvudmannaoområde som utför en granskning av verksamheten. En revision av detta slag ger möjlighet till rådgivning och lärande hos de som blir reviderade såväl hos de revisorer som utför själva revisionen.

I arbetet med externa kollegiala revisioner innebär det att verksamheten granskas utifrån aspekter som

- Organisation
- Klinisk verksamhet
- Patientanpassning
- Utbildning och kompetens
- Forskning och utveckling

## Offentlighet och sekretess rörande skriftlig rapport

Revision berör frågor om sekretess eller offentlighet. Den ena frågan rör hur man handskas med själva revisionsrapporten och den andra frågan rör hur man handskas med de patientuppgifter som revisorn tar del av.

Enligt offentlighets- och sekretesslag (2009:400) är sjukhus offentliga myndigheter. De handlingar som inkommer till en myndighet eller upprättas där är så kallad allmän handling. *Revisionsrapporten är därför att betrakta som en allmän handling.*

Underlag, utkast och rapportförslag är att betrakta som *arbetsmaterial* och som sådan inte allmän handling. Om arbetsmaterialet sparas och

arkiveras när den slutliga revisionsrapporten är sammanställd, blir även arbetsmaterialet att betrakta som allmän handling.

I princip har alla rätt att ta del av allmänna handlingar som inte är hemliga, det vill säga belagda med sekretess. För revisionsrapporter av detta slag finns inte någon sekretessregel som generellt medför undantag från huvudregeln.

Patientuppgifter i form av journaldata är däremot som huvudregel skyddade av sekretess, om inte det står klart att uppgiften kan röjas utan skada för patienten eller någon till henne/honom närstående. Utlämning av sekretesskyddad handling kan dock alltid ske om patientens samtycke inhämtats. Patientjournalen är en väsentlig informationskälla och innehåller viktiga data avseende det som revisionen ska belysa.



## Att bidra till den interna egenkontrollen

Målet med en extern revision av tvångsvården är att bidra till utveckling av tvångsvården och att skapa en rätts- och patientsäker vård där patientens behov sätts i centrum.

Syftet med den externa revisionen, granskningen, är att bidra till utvecklingen av den interna egenkontrollen, uppföljningen och erfarenhetsåterföringen vad gäller den psykiatriska tvångsvården. Denna metod bygger på en kollegial granskning som baseras på frågor i enlighet med ett startdokument, intervjuer samt journalgranskning enligt ett protokoll. Därefter ges en muntlig återföring. Den sammanfattande bedömningen görs skriftligt efter diskussion med den granskade verksamheten.

Externa revisioner ska genomföras regelbundet för att stödja det löpande förändringsarbetet inom kliniken. De som utför dessa revisioner bör lämpligen ha relevant utbildning för uppgiften. Resultaten ska redovisas såväl muntligt som i en skriftlig rapport.

Revisionen ska genomföras på initiativ och uppdrag från den aktuella verksamheten som själv kan formulera specifika frågeställningar. Detta för att kunna dra största möjliga nytta av revisionens slutsats i sitt fortsatta kvalitetsarbete.

Granskningen ska utföras av revisorerna med sakkunniga och kloka ögon. Information och slutsats ska tolkas i samråd med berörda verksamheter och revisionens resultat formuleras som utvecklings- och förbättringsbehov.

Revisionen bör ingå som en viktig del i verksamhetens egen kvalitetsutvecklings- och patientsäkerhetsarbete. En revision, som utförs på det sätt rapporten förespråkar, är en metod för kollegialt utbyte som

ger möjlighet till samtal kring frågeställningar avseende tvångsvården utifrån flera olika perspektiv.

## Revisorerna

Den externa kollegiala revisionen kan genomföras av ett team bestående av verksamhetschef/chefsöverläkare, samt erfaren specialist i psykiatri, sjuksköterska och skötare och eventuell paramedicinare från annat sjukvårdshuvudmannaoområde. Även säkerhetsansvarig och/eller jurist samt eventuell representant från patient/närståendeförening kan om det är lämpligt delta.

Uppdraget bör utföras av två till tre revisorer varav minst en av dessa revisorer bör ha erfarenhet som chefsöverläkare. Revisorns oberoende, integritet och ansvar för att påpeka brister och förbättringsområden ska framhållas.

Jävsfrågan måste diskuteras och prövas av samtliga involverade parter. Revisorerna ska vara insatta i de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården i allmänhet, samt tvångslagstiftning och särskilt uppmärksamma frågor som berör offentlighet och sekretess.

Revisionen bör utföras med integritet och ett respektfullt och ödmjukt förhållningssätt gentemot den reviderade verksamheten. Revisorerna bör föra ett resonemang med den reviderade verksamheten utifrån uppkomna etiska dilemman.

Verksamheten *bör* förslagsvis minst vart tredje år genomföra en revision med avseende på psykiatrisk tvångsvård. En revision kan, om behov uppstår, göras oftare.

En arbetsgrupp med revisorer kan med fördel träffas regelbundet för att uppdatera dokument och vidareutveckla desamma. Då kan denna metod med externa kollegiala revisioner av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård hela tiden utvecklas och förbättras.

Det är viktigt att komma ihåg att de kollegiala revisorerna i detta sammanhang utför sitt uppdrag som osjälvständiga uppdragstagare dvs de företräder inte sitt landsting utan utför uppdraget utifrån sin kollegiala kompetens.

## Grundläggande förutsättningar innan en revision

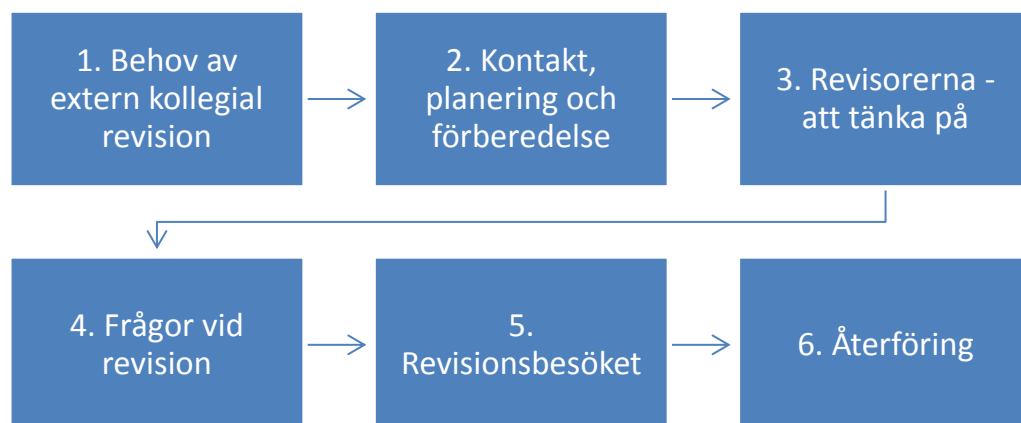
Innan en revision genomförs är det viktigt att vissa grundläggande förutsättningar är förtydligade mellan kollegorna som utför revisionen och den verksamhet som blir reviderad, detta för att förhindra missförstånd.

- Revisionens syfte ska tydligt framgå för den granskade verksamheten/enheten
- Revisionen ska göras i samråd med verksamheten/enheten
- Metodiken ska vara känd i förväg
- Verksamheten ska presentera efterfrågade basdata
- I förväg ska det vara överenskommet om hur återföringen ska genomföras
- Eventuella frågor kring kostnader i samband med revisionen bör även de klargöras innan revisionen då inriktningen på denna metod är ett kollegialt utbyte
- Det är verksamhetschefens och chefsöverläkarens ansvar i den reviderade verksamheten att värdera resultatet och initiera en kvalitetsutvecklingsprocess samt gå vidare med nödvändiga åtgärder

## Revisionens sex steg

Den kollegiala externa revisionens utförande har i detta arbete delats in i följande sex steg:

1. Behov av extern kollegial revision
2. Kontakt, planering och förberedelse
3. Revisorerna – att tänka på
4. Frågor vid revision av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
5. Revisionsbesöket
6. Återföring



### 1. Behov av extern kollegial revision

Det är verksamhetschefen som har ansvaret och initiativet till att en regelbunden granskning görs av verksamheten. Den kollegiala revisionen

ger möjlighet för lärande och utvecklande. Den verksamhet som ska revideras ges möjlighet att lyfta fram speciella frågeställningar de vill ha belysta av erfarna kollegor från ett annat sjukvårdshuvudmannaoområde.

## **2. Kontakt med verksamheten, planering och förberedelse**

Kontakt tas mellan den verksamhetschef som har ansvaret för att en verksamhet granskas och de som ska utföra granskningen. Avtal upprättas mellan verksamhetschefen och revisorerna.

Se bilaga 1 *"Förslag på avtal vid utförande av kollegiala revisioner"*.

Inför besöket skickas ett brev från revisorerna till vederbörande verksamhetschef på den klinik som ska revideras. I brevet nämns syfte, datum samt plats för revisionen. Förslag på planering såsom vilka enheter och personer som revisorerna vill träffa ska tydligt framgå. Dessutom efterfrågas tillgång till de för ändamålet väsentliga dokumenten. Se bilaga 2. *"Exempel på brev till verksamhetschef inför revisionsbesöket"*.

Startdokumentet med de frågor som ska utgöra ett stöd för revisorerna skickas i god tid till vederbörande verksamhetschef för att verksamheten ska börja svara på frågorna. I startdokumentet finns många frågor och därför är det mest ändamålsenligt att ni använder er av de frågor som är adekvata för just denna revisions genomförande och syfte.

Se bilaga 3. *"Frågebank för kollegial revision av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård"*.

I samråd med verksamheten bestäms hur många patienter och närstående som ska intervjuas och hur detta urval ska gå till. Eventuellt deltagande av representanter för patientföreningar, kommun, primärvård, förvaltningsrätt, polis och annan psykiatrisk verksamhet som t.ex. barn- och ungdomspsykiatri och privat psykiatri bör också bestämmas.

Det är viktigt att ta fram en tidsplan för genomförandet av revisionen.

Fakta och svar utifrån startdokumentet tillsänds revisorerna i god tid innan besöket.

Själva revisionsbesöket bör inte ta mer än 1-2 dagar i anspråk beroende på storleken på verksamheten. Revisorerna meddelar också vilka personalkategorier som man avser intervjua. Intervjuerna i sig behöver förberedas. Verksamheten ansvarar för att patienter, närstående, representanter för kommun och patientföreningar informeras och ges möjlighet att delta. Hur detta urval skett bör även personal och övriga informeras om. Den reviderade verksamheten svarar för planering av tidschemat och lokaler vid revisionsbesöket.

Journalgranskning görs utifrån en framtagen mall som finns i det framarbetade frågeunderlaget under punkt 9, ”Frågor för revision av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård”. Journalerna tas fram slumpmässigt och i varje journal ska dokumenteras att revisorerna tagit del av journalen.

En professionell bedömning av patientmiljö, rutiner, lokalernas ändamålsenlighet, utrustningens skick och den upplevda stämningen bland personalen görs också enligt revisionsmall.

### **3. Revisorerna – att tänka på**

Innan revisionen utförs är det nödvändigt att ni gör en arbetsfördelning internt bland er revisorer. Vem har huvudansvaret för revisionens genomförande? Vem gör vad inför revisionen, under revisionen och efter själva revisionen? Vem inleder inledningsmötet? Vem ställer frågorna om samverkan? Vem intervjuar vem? Vem ansvarar för att skriva slutrapporten?

En tydlighet och struktur hos er som revisorer underlättar genomförandet av själva revisionen och tydliggör er roll som yrkesverksamma kollegor som ska granska verksamheten som andra kollegor.

Några centrala punkter att tänka på i revisorsrollen

- Få de intervjuade att känna att de kan bidra med något positivt och värdefullt
- Uppträd sakligt, korrekt och respektfullt
- Var påläst
- Följ inte frågeformulär och frågeföljd slaviskt
- Anpassa frågeformulering efter situationen och de du intervjuar
- Ställ frågor som måste förklaras av den som intervjuas, inte bara frågor som kan besvaras ”ja” eller ”nej”
- Om någon pratar bort en fråga, vinkla frågan och gör ett nytt försök eller fråga någon annan
- Om det känns fel eller stressat, fråga någon annan. Det kan finnas skäl som gör det olämpligt att intervju en viss person en viss dag
- Ställ fördjupande frågor
- Utse vilken av er revisorer som ansvarar för att skriva revisionsrapporten
- Gör hellre en notering för mycket än en för lite. Du kan inte göra om revisionen. Om du inte kommer ihåg vad som sades kan du heller inte skriva om det i rapporten
- Notera positiva observationer som du tar med i rapporten
- Observera enheten med kollegiala, kritiska och kloka ögon
- Sök alltid bevis för dina observationer
- Leta inte syndabockar. Ni granskar system, inte individen

- Berätta om goda exempel som du sett vid tidigare revisioner.

#### **4. Frågor vid revision**

Standardfrågor finns i startdokumentet ”Frågebank för kollegial revision av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård”, bilaga 3. Frågorna utgör ett stöd för revisorerna vid genomförande av revisionen.

Startdokumentet berör följande områden:

- Verksamhetens/enhetens uppdrag, vårdbehov
- Verksamhetens/enhetens resurser  
Ledningsstruktur, organisation och kompetensutnyttjande
- Samverkan inom landstinget och med andra
- Vårdutbud  
Tillgänglighet, kontinuitet i patientarbetet, förebyggande arbete, vårdmiljö, vårdinnehåll, säkerhet och sekretess, tvångsvård och dokumentation
- Samarbete med patienter och närstående
- Uppföljning och utvärdering av verksamheten  
Vårdresultat
- Övrigt
- Mall för vårdplan
- Mall för journalgranskning. Fokus ligger på sökord som berör tvångsvården.
- Extra frågor  
Frågor som inte direkt berör tvångsvården men som kan användas av revisorerna om så önskas. Frågorna rör områden som kompetensutveckling och vårdinnehåll.

*Använd de frågor som är adekvata för revisionens genomförande och syfte.*

Flera av frågorna i startdokumentet kan besvaras med hjälp av de dokument som revisorerna har efterfrågat och studerat innan besöket.

För att erhålla svar på ytterligare frågeställningar görs intervjuer med verksamhetschef/chefsöverläkare, personal, patienter och närstående. Därtill tillkommer journalgranskning enligt ett protokoll.

#### **5. Revisionsbesöket på plats**

Inledningsmötet hålls med representanter för enheten såsom verksamhetschef, chefsöverläkare, säkerhetsansvariga och andra nyckelpersoner.

Inled med en presentation av er själva och vad syftet med en kollegial revision är och hur den kan användas i det lokala kvalitetssäkerhetsarbetet på enheten. Beskriv hur revisionen planerats. Gå igenom eventuella oklarheter och brister i det underlag ni erhållit i förväg.

När ni genomför intervjuer med personal, anhöriga och närstående tänk på att gå igenom vad ni uppfattat att ni sett och noterat.

## **6. Återföring**

### **Muntligt**

Innan besöket avslutas ska en preliminär muntlig återrapportering göras tillsammans med personalen vid den reviderade verksamheten. Revisorerna och den reviderade verksamheten ges på detta sätt möjlighet att direkt reda ut eventuella missuppfattningar.

### **Skriftligt**

Den skriftliga revisionsrapporten ska skrivas så kortfattat som möjligt, vara lättläst och enkel att finna relevanta data i. Mallen för slutrapport innehåller rubriker som styrkor samt förbättrings- och utvecklingsområden inom den granskade verksamheten. Både positiva observationer och områden som behöver förbättras ska beskrivas. En redogörelse för hur revisionen genomförts inkluderande uppdrag och metod bör finnas likväl som en beskrivning av verksamheten och därpå följande bedömning och analys. *Innan rapporten slutgiltigt fastställs ska den bli föremål för dialog med den reviderade enheten som då har möjlighet att komma med invändningar gentemot direkta sakfel.* Se Bilaga 4 "Mall för slutrapport"

Rapporten bör vara helt klar *senast fyra veckor* efter genomförd revision då den är att anses som "färskvare", den beskriver hur det var i verksamheten vid det tillfälle då revisionen genomfördes.

Rapporten är att anses som *allmän handling* efter det att rapporten är färdigställd.



# Källor

Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, ss. 166-206.

SFS 1974:152. *Kungörelse om beslutad ny regeringsform*. Stockholm, riksdagen

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm, riksdagen

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm, riksdagen

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm, riksdagen

SFS 2008:415. *Lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm, riksdagen

SFS 2008:416. *Lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm, riksdagen

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm, riksdagen

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård: Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSF 2008:18)*. Stockholm, Socialstyrelsen

SOSFS 2008:18 (M). *Föreskrifter och allmänna råd: Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm, Socialstyrelsen

# Bilaga 1

## **Förslag på avtal vid utförande av extern kollegial revision**

**Uppdragsgivare:** Verksamhetschef vid X klinik i X landsting

**Uppdragstagare:** Revisorernas namn, befattning och anställning

**Syfte:** Att ur ett professionellt perspektiv och med fokus på den inom kliniken bedrivna tvångsvården genomföra en kollegial revision.

Följande aspekter ska bland annat belysas:

1. Verksamhetens uppdrag
2. Verksamhetens resurser
3. Samverkan inom landstinget och med andra
4. Vårdutbud
5. Samarbete med patienter och närstående
6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten
7. Patient- och rättsäkerhet
8. Vårdkvalitet

**Genomförande:** Information insamlas via dokument, intervjuer med berörda personer, observationer och journalhandlingar. Revisorerna tillåts att vistas på berörda enheter. Tillgång till journaler sker genom att en redan anställd på den verksamhet som ska revideras slumpvis plockar ut X antal journaler och granskar dem enligt instruktioner från revisorerna.

**Tidplan:** Förberedande möte äger rum (datum). Revisionen genomförs mellan (datum) till (datum). Kortare muntlig återkoppling sker kl (tidpunkt)

Ovanstående villkor godkänns

För kliniken (namn)

Revisorer (namn)

# Bilaga 2

## **Exempel på brev till verksamhetschef inför den genomförda provrevisionen**

Till vederbörande verksamhetschef med anledning av den externa kollegiala revisionen vid X, Psykiatriska klinik den X (datum)

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har under 2011 arbetat med att ta fram dokument som underlag för genomförande av kliniska revisioner i enlighet med SOSFS 2008:18 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Denna revision bygger på detta underlag.

Den aktuella kollegiala revisionen genomförs efter överenskommelse mellan verksamheten och de för uppdraget anlitade revisorerna. Se vidare i dokumentet ”Förslag på avtal vid utförande av kollegiala revisioner avtal”, bilaga 1.

Syftet med revisionen är att belysa hur den psykiatriska tvångsvården bedrivs vid kliniken. Revisionen har sitt fokus på hur vården bedrivs på ett för patienten rättssäkert sätt samt utifrån dennes behov av gott bemötande och respekt.

Revisionen kommer att äga rum den (datum) och genomföras av NN och NN (namn på revisorerna).

Tillsammans med detta brev översändes dokumentet ”Extern kollegial revision” som bland annat innehåller en definition av begreppet revision och dokumentet ”Frågebank för utförande av revision vid av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård” som innehåller ett flertal frågeställningar.

### **Genomförande**

Det utsända frågeformuläret önskas besvarat och återsänt till NN (namn på revisor som ansvarar för att hålla ihop dokumentationen) senast (datum).

Bifoga adekvata dokument som beskriver vårdöverenskommelse, samverkansöverenskommelse, ledningssystem, relevanta vårdprogram och kompetensutvecklingsplan för personal och eventuellt andra för verksamheten relevanta dokument.

**Förslag till upplägg vid besöket på kliniken:**

*X-dagen den X*

Vi önskar inleda dagen med att träffa verksamhetschef, chefsöverläkare och ledningsgruppen. Förslagsvis mellan 08.30-10.00.

Därefter önskar vi besöka akutmottagningen och ytterligare X antal vårdavdelningar. Utifrån målsättningen med revisionen ser vi helst att vi får möjlighet att besöka de vårdavdelningar som har flest patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Besöken i respektive verksamhet beräknar vi till ca 90 minuter. Vi vill träffa personal samt även ha möjlighet att på vardera enheten samtala med tre patienter dvs. totalt X patienter.

Som avslutning på dag 1 vill vi träffa NN för en diskussion kring journaldokumentationen.

Schemaförslag:

8.30–10.00 Möte med representanter för ledningen

10.15–11.45

12.00–13.00 Lunch

13.00–14.30

15.00–16.30

16.30

*X-dagen den X*

På förmiddagen önskar vi om möjligt möta representanter för öppenvården, patient- och närstående föreningar samt representanter från socialtjänst, patientnämnd, primärvård, förvaltningsrätt och polis.

Efter lunch önskar vi möta representanter från den paramedicinska personalgruppen på kliniken och därefter läkargruppen såväl specialister som AT och ST-läkare. Vi vill sedan avsluta dagen med att åter möta ledningsgruppen för att ge en första muntlig återkoppling. Vi önskar också om så är möjligt avsluta besöket med att träffa all personal som vi mött för att ge en snabb återkoppling av vårt besök.

Schemaförslag:

8.30 – 9.30 möte med personal från öppenvården

9.45 – 10.45 möte med representanter från patient- och närstående föreningar

11.00–12.00 representanter från socialtjänst, primärvård osv.

12.30–13.30 representanter för paramedicinare

13.30–14.30 representanter för läkargruppen

15.00–15.30 ledningsgruppen

15.30–16.00 övriga medarbetare

Frågor och synpunkter på upplägget besvaras av NN via mail: alt. per telefon

Svar på frågeformuläret samt efterfrågade dokument sänds senast den (datum) till X .

# Bilaga 3

## **Frågebank för kollegial revision vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård**

Underlaget är framtaget i enlighet med SOSFS 2008:18, med undantag från de delar som ej är tillämpbara. Dessa delar är under vidare handläggning vid Socialstyrelsen.

Revisionsunderlaget innehåller frågor som stöd för revisorerna vid utförandet av kollegiala revisioner.

Använd de frågor som är adekvata för revisionens genomförande och syfte.

Frågorna är indelade under följande rubriker:

1. Verksamhetens/enhetens uppdrag, vårdbehov
2. Verksamhetens/enhetens resurser  
Ledningsstruktur, organisation och kompetensutnyttjande
3. Samverkan inom landstinget och med andra
4. Vårdutbud  
Tillgänglighet, kontinuitet i patientarbetet, förebyggande arbete, vårdmiljö, vårdinnehåll, säkerhet och sekretess, tvångsvård och dokumentation
5. Samarbete med patienter och närstående
6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten  
Vårdresultat
7. Övrigt
8. Vårdplan
9. Journalmall
10. Frågor till patienter och närstående
11. Extra frågor

## **1. Verksamhetens/enhetens uppdrag, vårdbehov**

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Finns skriftligt uppdrag från vårdgivaren (landsting) avseende tvångsvård?
- Hur har uppdraget formulerats och förankrats på verksamhetens enheter och i dess personalgrupper?
- Hur sker samverkan med vårdgivare/beställare ut inför framtagandet av ert uppdrag?
- Finns skriftliga rutiner för tvångsvården?
- Finns en verksamhetsplan? Ingår tvångsvård?
- Egenkontroll av tvångsvården, inkluderande rapportering internt och externt
- Hur når verksamhetsplaner inkl. planerade förändringar ut till patienter och närstående samt vårdgrannar?
- Hur tillgodoses ert behov av relevant epidemiologiskt underlag rörande det psykiatriska vårdbehovet i upptagningsområdet?
- Finns säkerhetsansvarig, uppdrag kring roll? Finns säkerhetsronder på enheten? Har en säkerhetsplan gjorts upp utifrån givet uppdrag och är den känd inom verksamheten?
- Hur samråder ni med patientnämnden?
- Hur samråder ni med närstående- och patientorganisationer utifrån frågeställningar om psykiatriskt vårdbehov och tvångsvård?
- Hur samråder/samarbetar ni med primärvård och kommun utifrån ovanstående frågeställningar?
- Gör vårdgivaren uppföljningar av uppdraget med avseende på tvångsvården? I så fall hur?

## **2. Verksamhetens/enhetens resurser**

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Vad är verksamheten/enhetens uppdrag? Enhetens kärnverksamhet?

- Vilken personal finns inom verksamheten? (antal, utbildning och kompetens, ålder, kön)
- Saknas någon/några för verksamheten relevanta yrkesgrupper? Beskriv

### **Ledningsstruktur/system**

- Verksamhetens ledningsstruktur
- Vilka typer av ledningsmöten finns? Syfte? Vilka deltar? Hur ofta? Tidsintervall?
- Hur ser verksamhetens ledningssystem ut?

### **Kompetensutnyttjande**

- Finns tydliga rutiner för uppdrag till specialistläkare, ST-läkare och inhyrda läkare avseende tvångsvård?
- Finns rutiner för AT-läkare avseende hur de ska handlägga LPT?
- Finns introduktionsprogram för nyanställda och timanställda oavsett yrkesgrupp? Ingår information/rutiner för tvångsvård/tvångsåtgärder?
- Finns utbildningsprogram avseende tvångsvård för AT/och ST samt för vidareutbildning av specialister?
- Finns internutbildning avseende säkerhet (tvång, hot och våld, inkluderande dynamisk säkerhet samt scenarioträning) samt akuta medicinska insatser?
- Finns Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) tillgänglig på enheten? Är den känd?

### **3. Samverkan inom landstinget och med andra**

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Vilka aktörer samverkar ni med?  
Kommunen  
Polisen  
Kriminalvården  
SIS-institution



Primärvården  
Annan psykiatrisk verksamhet/privata  
Patientnämnd  
Patient- och närståendeorganisationer  
Förvaltningsrätt

- Har ni diskuterat samverkansformer? Finns samverkansavtal? Inkluderas sekretess, etiska och juridiska aspekter? Gemensam kompetensutveckling?
- Hur sker kommunikation kring samarbete? Används IT?
- Görs en samordnad vårdplan enligt LPT alt LRV?
- Finns rutiner kring öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk tvångsvård?
- Hur sker kommunikation med förvaltningsrätt?
- Hur sker delgivning från förvaltningsrätt till enskild patient?
- Finns rutiner för användning av tolk?
- Hur tillgodoses kontinuitet för patienten vid byte av vårdform?

#### **4. Vårdutbud**

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till olika dokument*

##### **Tillgänglighet**

- Hur är er tillgänglighet under kvällar och helger för patienter som söker akut?
- Har ni riktlinjer för hur självmordsnära patienter skall bedömas och omhändertas? Hur arbetar ni med dessa?

##### **Kontinuitet i patientarbetet**

- Hur tillgodoser ni kontinuitet i patientarbetet för patienter som erhåller tvångsvårds såväl inom öppenvård som inom heldygnsvård? Byte av vårdform? Har ni några principer? Görs uppföljning?
- Hur informeras patienten och närstående inkluderande barn (2g § HSL, barns behov av information, råd och stöd) om vem som är ansvarig läkare? Finns skriftlig information? Hur följs det upp?

- Vilka rutiner finns för att patienterna skall få träffa den för tvångsvården ansvarige läkare?
- Finns kontaktmannasystem eller omvårdnadsteam?
- Har kontaktpersoner/omvårdnadsteam ett definierat ansvarområde?
- Finns omvårdnadsansvarig sjuksköterska? Finns ett definierat ansvarsområde?
- Hur följer ansvarig läkare upp olika befattningshavares arbete i ett teamsykiatriskt arbete?
- Hur beaktar ni kontinuitetsaspekten? Finns skriftligt dokument?
- Finns utarbetade vårdprocesser inom den egna verksamheten och i samarbete med andra vårdgivare? Ingår tvångsvård?
- Finns vårdprogram? Används de? Ingår tvångsvård/tvångsåtgärder?

### **Förebyggande arbete**

- Hur arbetar ni för att förebygga tvångsvård såväl inom heldygnsvården som i öppenvården?
- Hur förebygger ni användning av tvångsåtgärder i vården av patienter som vårdas enligt LPT/LRV?
- Hur arbetar ni för att förhindra återfall i brottsligt beteende?

### **Vårdmiljö**

- Hur gör ni för att erbjuda en vårdmiljö där utagerande kan hanteras och patientens egna upplevelser och erfarenheter lyssnas till och beaktas?
- Hur gör ni för att erbjuda en vårdmiljö där det finns rutiner för kontinuerlig information om hälsotillståndet, behandling och fortsatt planering till patienten och närstående?
- Hur arbetar ni för att optimera och utveckla den fysiska vårdmiljön?
- Hur gör ni för att beakta patienternas behov av integritet? Till exempel vid tvångsåtgärder?

- Hur arbetar ni med att patienterna som vårdas med stöd av LPT/LRV får en drogfri/rökfri/hotfri vårdmiljö?

### **Vårdinnehåll**

- Görs neuropsykologiska/psykologiska utredningar inom enheten?
- Finns tillgång till psykologisk behandling/psykoterapi?
- Får patienten vård enligt de vårdprogram och riktlinjer som finns avseende patientens problematik?
- Finns rutiner för att säkerställa att patienterna erhåller en somatisk undersökning och eventuell adekvat somatisk vård?
- Finns tillgång även till arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk behandling?
- Finns rutiner för hur patienten ska få en ”second opinion”?
- Finns rutiner för risk- och farlighetsbedömning av patienten?
- Finns möjligheten att ge ECT-behandling inom enheten?
- Erbjuds patienterna nikotinersättningsläkemedel? Hur gör ni med patienternas rökbehov vid psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård?
- Hur gör ni för att stödja närstående? Hur gör ni för att nå barn till patienterna?
- Hur försäkrar ni er om att patienten möter rätt kompetens i förhållande till sin problemsituation och att det tvärprofessionella perspektivet avspeglar sig i behandlingen?
- Hur arbetar ni med stöd och information till brottsoffer?

### **Vårdplan**

Mall för vårdplan utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). finns längre ner i detta dokument under rubrik 8.

- Finns rutiner för att tillsammans med patienten utforma en vårdplan/ samordnad vårdplan? Ingår mätbara mål? Är närstående delaktiga?

- Finns rutiner för samverkan med kommun och/eller primärvård avseende vårdplan/ samordnad vårdplan enligt LPT alt LRV?

### **Säkerhet och sekretess**

- Känner personalen till det som gäller avseende sekretess vid tvångsvård? Rutiner? Uppföljning?
- Finns rutiner för hur patienten informeras om sin vårdform och vilka rättigheter han/hon har? Informeras patienten såväl skriftligt som muntligt?
- Finns rutiner för hur patient som behandlats med tvång tas om hand efteråt? Information? Genomgång av händelsen?
- Finns rutiner för hur medpatienter, närstående och personal tas om hand vid för dem traumatisk händelse i samband med vården (T.ex. blir åsyn till hur medpatient blir behandlad med tvång). Hur följs det upp?
- Finns rutiner för tillsyn/övervakning av patient?
- Finns rutiner för hur personalen ska agera när patient avviker från avdelningen alternativt inte återkommer på uppjord tid? Hur gör ni?
- Hur gör ni om patienten uteblir från ett öppenvårdsbesök?
- Hur följer ni upp enskilda incidenter/händelser i form av hot och våld mot patienter/personal? Rutiner?
- Hur utförs risk och farlighetsbedömning inom er verksamhet? Hur tillämpas resultaten?
- Har ni rutiner för övertag av patienter från häktet? Hur arbetar ni med säkerheten?
- Har ni rutiner för att förhindra sexuella trakasserier eller utnyttjande av patienter? Hur följs de upp?
- Beskriv ert avvikelssystem? Hur används det? Följs det upp?

### **Tvångsvård**

- Hur ser delegationen ut från vårdgivaren till verksamheten ang. besöksförbud?

- Har verksamheten ett tillräckligt skalskydd utifrån säkerhetsklass?
- Finns tydliga rutiner vid intagning av patient med psykiatrisk tvångsvård?  
Ingår handläggning från kvarhållningsbeslut till intagningsbeslut?  
Tillämpning av visitation och yttre kroppsbesiktning
- Finns tvångsvårdslagarna uppsatta och väl synliga på avdelningarna? Finns information på annat språk än svenska?  
Finns skriftligt informationsmaterial till patienter och närstående inkluderande barn?
- Finns tydlig information i ovanstående material om hur patienten skall kunna överklaga ett beslut om tvångsvård?
- Informeras patient som vårdas enligt LPT/LRV om rätten till stödperson? Finns rutiner kring detta? Informeras Patientnämnden om patientens inställning till stödperson?
- Finns rutiner för bältesläggning samt avskiljning? Inkluderas närvaro av personal, genomgång med patient och personal efteråt?
- Informeras chefsöverläkaren vid bältesläggning och avskiljning och görs alltid en personlig undersökning av patienten inför eventuellt beslut om bältesläggning längre än 4 timmar samt avskiljning längre än 8 timmar? Rutiner? Uppföljning?
- Finns rutiner avseende innehav av viss egendom, ta emot/skicka försändelse/ta emot besök eller använda telefon eller elektronisk kommunikation?
- Finns rutiner för riskbedömning avseende såväl suicid som hot och våld?
- Finns rutiner för utevistelse? Frigångsområde definierat?
- Finns sökord barn, vapen och körkort med i vårdplanen?
- Finns avtal med och rutiner för samverkan med polisen kring polishandräckning? Ingår att polis ska kunna biträda vid undersökning av patienten?
- Finns rutiner för ansvar och uppföljning av öppen psykiatrisk tvångsvård/öppen rättspsykiatrisk vård och samverkan mellan

öppenvården och ansvarig läkare inom heldygnsvården?

- Finns rutiner för frivillig intagning under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård?
- Hur ser rutinerna ut för rapportering till Socialstyrelsen? Görs rapportering avseende tvångsåtgärder, ECT osv.

### **Dokumentation**

- Finns gemensam patientjournal för hela kliniken? Öppenvården och heldygnsvården
- Vilka skriver i journalen?
- Vilka har tillgång till journalen?
- Görs regelbundna loggkontroller? Hur?
- Hur dokumenteras vårdplanen?
- Hur dokumenteras tvångsåtgärder?
- Hur dokumenteras beslut avseende lagen om psykiatrisk tvångsvård?
- Hur dokumenteras behandlingsbeslut?
- Utvärderas insatta åtgärder?
- Kan man följa vårdförloppet?
- Finns beslutsjournal?
- Används cirkulär och handräkningsblankett framtaget av SKL? Annan blankett?
- Används skattningsskalor och i så fall vilka?

### **5. Samarbete med patienter och närstående**

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Hur samverkan ni med brukar – och anhörigorganisationerna ut? Har ni genomfört någon brukarrevision?
- Hur tas närståendes och barns behov tillvara? Rutiner?

Uppföljning?

- Hur ges närstående möjlighet att bli delaktig i behandlingen/framtagandet av vårdplan? Rutiner? Uppföljning?

## **6. Uppföljning och utvärdering av verksamheten**

Enligt Patientsäkerhetslagen, (SFS 2010:659) har vårdgivaren ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förebygga vårdskador. Syftet är att göra vården säkrare och att det ska bli enklare för patienter att anmäla felbehandling.

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

### **Vårdresultat**

- Har ni resurser avsatta för att följa upp verksamheten?
- Beskriv ert kvalitetssystem inom verksamheten?
- Arbetar ni med kvalitetsindikatorer? Registrerar ni i kvalitetsregister?
- Hur följer ni upp verksamhetsplanen? Vårdprogram?
- Beskriv den internutredning som görs vid allvarlig händelse och suicid? Beskriv förfarandet vid lex Maria anmälan? I vilken omfattning görs riskanalyser och händelseanalyser?
- Gör ni vårdtyngdsmätningar?
- Hur vet ni att patienter och närstående är nöjda med vården? Deltar ni i nationell patientenkät?
- Hur tillvaratas klagomål från patienter och närstående? Rutiner? Hur vet patienter och närstående var de ska vända sig?
- Hur vet ni att ni gör rätt saker (t.ex. erbjuda adekvat vårdinnehåll)? Hur vet ni att ni gör saker rätt? (följsamhet till vårdprogram, rutiner osv.)
- Hur för ni ut och tar tillvara det ni vet om er verksamhet till personal och patienter och närstående? Leder det till förändring?
- Hur vet ni att ni ger bra vård? Har ni uppföljningssystem?
- Har ni uppföljningssystem för hur det går för patienterna?

- Hur används IT och hur återförs data?
- Registrerar ni i det Rättspsykiatriska kvalitetsregistret?
- Hur använder ni er av den data som registret redovisar?
- Vilka utvecklingsområden är aktuella? Planer?

## 7. Övrigt

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Vilka förbättringsområden ser ni vad gäller tvångsvården inom er verksamhet?
- Vilka etiska dilemman ser ni?

## 8. Vårdplan

Vårdplan utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Vårdplanen tar upp bakgrundsfakta som vården behöver för att bättre kunna vara patienten till hjälp.

### **Bakgrundsfakta**

Datum för upprättande av vårdplan

Patienten medverkat ja eller nej. Om nej, varför?

Anhöriga medverkat ja eller nej. Om nej, varför?

Patienten informerats om stödperson enligt lagrum

Sysselsättning eller arbete

Närstående och socialt nätverk

Barn under 18 år som patienten har vårdsnaden om eller nära kontakt med

Behandlingskontakt inom sjukvården

Stödperson

Vill patienten ha kontaktperson enligt socialtjänstlagen

Kontakt med socialtjänsten

Beslutade insatser enligt socialtjänstlagen

Förvaltare eller god man

Personligt ombud

Beslutade insatser enligt LSS t.ex.

### **Sjukdomstillstånd**

Somatisk hälsa och tandvårdsbehov

Behov av behandlingsinsatser

Mål och delmål



Beslutade och genomförda insatser

***Behov av missbruks- och beroendevård***

Mål och delmål

Beslutade och genomförda insatser

***Behov av omvårdnadsinsatser***

Mål och delmål

Beslutade och genomförda insatser

***Sociala behov***

Stöd klara ekonomin, myndighetskontakter, kontakter med närstående och arbetsgivare samt stöd till närstående

Ev. behov hos barn under 18 år som patienten har vårdnaden om eller nära kontakt med

***Mål och delmål***

Beslutade och genomförda insatser

Ev. behov av insatser från socialtjänsten

***Behov av patientutbildning eller andra psykoedukativa insatser***

Mål och delmål

Beslutade och genomförda insatser

***Riskbedömning och riskhantering***

Farlig för sig själv eller någon annan, självmordsrisk, återfall i brottslighet och behov av åtgärder för att motverka detta

Vari farligheten består

Mål och delmål

Beslutade och genomförda insatser

***Övrigt***

Om patienten får vistas utanför vårdinrättningen men inom sjukhusets område

Om patienten får vistas utanför sjukhusets område och villkor för det

Öppen psykiatrisk tvångsvård samt villkor för den öppna vården

***Uppföljning***

Tidpunkt när vårdplanen ska följas upp

Resultat av uppföljningen

Omprovning av vårdplanen

Patientens uppfattning om vårdplanens resultat  
Utskrivning och behov av eftervårdsinsatser  
Öppenvårdskontakt och samverkan  
Uppföljning av den vård och stöd som patienten fått

## **9. Journalmall**

Mall för granskning av journal. Fokus ligger på sökord som berör tvångsvården. I granskningen noteras bland annat om vårdplan finns och om tvångsåtgärder och behandlingsbeslut dokumenteras och om uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder görs.

- Finns gemensam patientjournal för hela kliniken?
- Vilka personalkategorier skriver i journalen?
- Görs regelbundna loggkontroller?
- Hur dokumenteras vårdplaner?
- Hur dokumenteras tvångsåtgärder?
- Hur dokumenteras beslut avseende LPT/LRV?
- Finns särskild beslutsjournal?
- Hur dokumenteras behandlingsbeslut?
- Utvärderas insatta åtgärder?
- Kan man följa vårdförloppet?
- Används cirkulär och handräckningsblankett framtaget av SKL?  
Annan blankett?
- Dokumenteras att patienten informerats om sin vårdform samt rätten till stödperson?
- Finns särskild läkemedelsjournal?
- Hur dokumenteras frigång och permission?
- Dokumenteras riskbedömningar?
- Finns sökord ”barn”, ”vapen” och ”körkort” i vårdplanen?

## 10. Frågor till patienter och närstående

Frågor till patient och närstående avseende bemötande, delaktighet och information. Framförallt finns frågor kring huruvida patienten erhållit information om sina juridiska rättigheter utifrån att vederbörande vårdas enligt LPT alt. LRV.

- Har du fått information om vilken vårdform du vårdas med stöd av? Hur? Muntlig? Skriftlig?
- Vet du vem som är ansvarig läkare för din vård? Hur får du kontakt med din läkare?  
Är du nöjd med kontakten?
- Har du en kontaktperson från vårdavdelningen?  
Är du nöjd med kontakten?
- Har du fått information om behandlingen, fortsatt utredning osv.?  
Är du nöjd med informationen?
- Har du deltagit i din vårdplanering? Känner du till vad som ingår i planen?
- Har dina närstående getts möjlighet att delta? Om du har barn under 18 år, har de fått information om din vård?
- Vad tycker du om miljön på avdelningen? Den fysiska miljön? Den psykiska – Är du rädd för andra medpatienter? Är avdelningen drog resp. rökfri?
- Har du bett om permission eller utevistelse och inte fått det? Hur fick du beskedet? Skriftligt och/eller muntligt?
- Har du varit med om någon form av tvångsåtgärd? Legat i bälte? Fått injektion? Blivit avskild? Inskränkning av innehav av telefon, dator osv.
- Fick du information om varför? Hur är din upplevelse av detta? Fick du efteråt ett samtal med läkare och/eller annan personal för att gå igenom varför? Fick du möjlighet att framföra dina synpunkter?
- Har du fått annan behandling som t.ex. ECT?
- Har du möjlighet till samtal med kontaktperson regelbundet? Sjukgymnastik? Arbetsterapi?
- Har dina närstående varit delaktiga i din vård? Eventuellt barn?

Har de fått information/utbildning?

- Vet du hur du ska gå tillväga för att överklaga läkarens beslut angående din vård? Överklaga intagningsbeslut, tvångsåtgärder osv.
- Vet du hur du ska komma i kontakt med patientnämnden om du har synpunkter på din vård?
- Har du av Förvaltningsrätten utsedd stödperson?

### **11. Extra frågor**

Dessa frågor berör inte direkt tvångsvården men kan användas av revisorerna som extra frågor om så önskas. Frågorna rör områden som kompetensutveckling och vårdinnehåll.

*Beskriv i allmänna termer och hänvisa gärna till dokument*

- Finns skriftliga direktiv där även LPT är inkluderad?

#### **Kompetensutnyttjande**

- Finns formulerad kompetensutvecklingsplan för verksamheten/enheten/personalen?
- Hur ni tar tillvara de olika yrkesgruppernas specifika yrkeskunskap

Specialistläkare i psykiatri

ST-läkare i psykiatri

Psykologer

Kuratorer

Sjuksköterskor

Skötare

Arbetsterapeuter

Sjukgymnaster

Sekreterare

Övriga

- Hur arbetar de olika yrkesgrupperna tillsammans?
- Hur avspeglar sig ett tvärprofessionellt arbetssätt i vården
- Hur kompenserar ni kompetensbrist?
- Finns rutiner för införande av ny kunskap och nya metoder och för avveckling av gammal kunskap och gamla metoder?

- Vilka former finns för kompetensutveckling, fortbildning och handledning för enskilda medarbetare oavsett yrkeskategori? Hur följer ni upp?

### ***Vårdinnehåll***

- Sätts diagnos på alla patienter? KVÅ-kod? GAF? Annan skattning?
- Finns särskild mottagning för litium och depå patienter?
- Används diagnostiska skalor eller symptomskattningsskalor inom enheten?
- Används självbedömningsformulär inom enheten?
- Används plasmamonitorering som ett hjälpmedel vid tex terapisivikt eller negativa bieffekter?
- Används AUDIT/DUDIT vid enheten för att upptäcka ev. missbruks- och beroendeproblematik?
- Har ni patientutbildning? Till vilka grupper?

### ***Dokumentation***

- Finns lista på rekommenderade läkemedel på kliniken?
- Är doserna adekvata?
- Interaktioner?

### ***Patient/närstående***

- Har ni utbildning för närstående? Finns specifikt program?
- Hur ser samarbetet med patientföreningar ut?

# Bilaga 4

## Mall för slutrapport

I slutrapporten finns rubriker som styrkor, förbättrings- och utvecklingsområden inom den granskade verksamheten. Utrymme finns för att beskriva hur revisionen genomförts. Avslutningsvis ingår revisorernas egen bedömning och analys.

### Slutrapport

vid extern kollegial revision i enlighet med SOSFS 2008:18

Datum för genomförande av revisionen:	Landsting/Vårdenhet:
Verksamhetschefens namn:	Vårdenhetschefens namn:
Revisorernas namn:	

## Sammanfattning av genomförd revision

### Allmänt

*Kort om verksamheten, vem är beställare av revisionen*

### Styrkor hos verksamheten

## **Förbättrings- och utvecklingsområden hos verksamheten**

### **Revisionsuppdraget**

*Beskriv kort vad verksamheten själv vill få speciellt belyst. Beskriv kort hur ramarna, upplägget, tidsplanen, återföringen och avtalet ser ut för revisionsgenomförandet.*

### **Metod vid genomförande av revisionen**

*Beskriv här vilka källor som använts såsom dokument, intervjuade personer och enheter som besökts. Beskriv kort processen och återföringen dvs kontakter före besöket, genomförande, återföring i omedelbar anslutning till besöket, slutrapport osv.*

### **Beskrivning av den reviderade verksamheten/enheten**

*Beskriv kort utifrån nedanstående rubriker*

Verksamhetens/enhetens uppdrag

Vårdresurser

Organisation

Vårdutbud

Samverkan med andra aktörer såsom Förvaltningsrätt, Socialtjänst, Barn- och ungdomspsykiatri och Polis

Uppföljning, utvärdering; mätning av resultat, nöjdhet hos brukare

### **Bedömning och analys**

### **Underskrift av revisorerna**

*Datum och namnteckning*

## Externa kollegiala revisioner

### Underlag för utförande av externa revisioner inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har tillsammans med medlemsföreträdare arbetat fram detta underlag i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård SOSFS 2008:18. Utvecklingen av den interna egenkontrollen är en viktig del i den systematiska verksamhetsuppföljningen inom området. Juridiska oklarheter finns i föreskriften, vilket Socialstyrelsen arbetar med att klarlägga och förtydliga. Sjukvårdshuvudmännen kan idag använda detta underlag antingen för utförande av kollegiala revisioner med fokus på offentliga dokument och samverkan eller så kan verksamhetsföreträdare från den granskade verksamheten själv granska sina journaler enligt instruktioner från revisorerna.

Upplysningar om innehållet  
Karin Lindström, karin.lindstrom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-880-8

Beställ eller ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer). ISBN/Beställningsnummer 978-91-7164-880-8