



Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)



2016

Innehållsförteckning

SLSO som vårdgivare och organisation	4
Sammanfattning	5
1. Ansvarsfördelning och egenkontroll.....	8
2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året	9
2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	10
2.2 Läkemedel.....	11
2.3 Riskinventering och riskhantering	15
2.4 Avvikelsehantering	15
2.5 Hantering av klagomål och synpunkter	16
2.6 Utredning av vårdskador.....	18
2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året.....	21
3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter	23
3.1 Primärvård	23
3.2 Psykiatri.....	27
3.3 Geriatrik, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och somatisk specialistvård.....	33
3.4 Rehabilitering och Hälsa.....	35
3.5 Stockholms syncentral.....	35
3.6 Hjälpmedel Stockholm	36
3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)	36
3.8 Centrum för reumatologi samt Centrum för cancerrehabilitering	36
4. Övergripande strategier och mål för 2017och kommande år	36

Patientsäkerhetsberättelse 2016 för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i landstingets regi. Årligen genomförs inom SLSO:s verksamheter cirka 5 miljoner patientbesök eller vårdtillfällen i öppen- och slutenvård.

Samverkan sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.

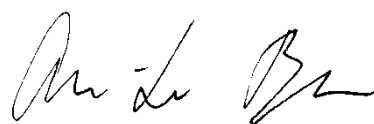
I slutet av 2016 hade Stockholms läns sjukvårdsområde 128 resultatenheter (RE) som bedrev hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, beroendevård, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet och syncentral. Forskning och utveckling bedrivs vid särskilda resultatenheter inom respektive vårdgren och inom folkhälsa.


Vår vision är **”Rätt vård när och där du behöver”** och vår värdegrund är **”Patientens fokus, allas lika värde och arbetsglädje”**.

De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering. Det strukturerade och systematiska patientsäkerhetsarbetet inom SLSO bygger på vårt sammanhållna och sedan 2013 certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö.


Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör


Stefan Kallström-Jansson
Chefläkare


Anna-Lena Berggren
Chefläkare


Elizabet Haking
Chefläkare

SLSO som vårdgivare och organisation

Stockholms läns sjukvårdsområde erbjuder vård i livets alla skeenden. Många av våra verksamheter är människors första kontakt med sjukvården. SLSO svarar för landstingsägd primärvård, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård, hjälpmedelsverksamhet, habilitering, tolkcentral, syncentral, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad palliativ slutenvård, geriatrik, cancerrehabilitering samt öppen somatisk specialistvård. De olika verksamheternas inriktning, innehåll och ersättning regleras närmare i avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), i enlighet med Stockholms läns landstings (SLL) beställar- och utförarmodell.

I samverkan med Karolinska Institutet (KI) bedriver SLSO forskning och utbildning inom allmänmedicin, geriatrik, psykiatri, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, somatisk specialistvård, habilitering, palliativ vård och folkhälsa. Samverkan sker med övriga produktionsenheter inom landstinget och berörda kommuner.



SLSO bedriver verksamhet i hela Stockholms län förutom Norrtälje kommun.

SLSO är organiserad i självständiga resultatenheter (RE) där beslut om vård och behandling fattas nära patienter, brukare och anhöriga. En resultatenhet är t.ex. en vårdcentral eller en geriatrisk klinik med flera avdelningar.

SLSO bestod vid ingången av 2016 av 128 resultatenheter fördelat på

- Vårdcentraler: 67
- Närakuter/Lättakuter: 7
- Övrig primärvård (BHV, BVC, BMM, UM-MM, GYN): 8
- Rehabilitering: 10
- Geriatrik inklusive Team Äldredoktorn: 4
- Palliativ kunskapscentrum: 1
- Avancerad sjukvård i hemmet ASIH: 2
- Vuxenpsykiatri: 5
- Länsakut för vuxenpsykiatri: 1
- Rättspsykiatri: 1
- Barn- och ungdomspsykiatri: 2
- Beroendevård: 1
- Stockholms centrum för ätstörningar: 1
- Habilitering & Hälsa Tolkcentralen: 2
- Hjälpmedelscentral: 2
- Syncentral: 1
- Centrum för folkhälsa: 3
- Akademiskt primärvårdscentrum: 1
- Centrum för psykiatriforskning: 1
- Geriatrikens forskningsenhet: 1
- Akademiska vårdcentraler: 6
- Kostenhet: 1
- Ledning, centralt verksamhetsstöd och service

Sammanfattning

Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet har liksom tidigare år lagts på förbyggande insatser i form av riskrapportering, riskanalyser, riskbedömning avseende trycksår, fallrisk och suicid samt läkemedelsgenomgångar. Arbetet har också inriktats mot förbättrad avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel, undernäring, och informationsöverföring. Ledning och styrning av det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet har stärkts under 2016. Detta främst genom att SLSO för 2016 har haft som mål och kravställning att samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhetsarbete och sedan upprätta en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Upprättandet av handlingsplanen ska utgå från analys av patientsäkerhetsriskerna inom resultatenheten.

När det gäller risk- och avvikelserapportering har det totala antalet rapporterade risker och avvikelser planat ut och de senast åren legat på samma nivå. Risk- och avvikelserapporteringen skiljer sig mellan olika vårdgrenar och verksamheter vilket sannolikt kan förklaras av skillnader i verksamheternas uppdrag och vårdens innehåll men också i skillnader i patientsäkerhetskultur.

En central del i patientsäkerhetsarbetet inom SLSO har under året varit att genom riskanalys inom varje RE identifiera och värdera patientsäkerhetsrisker, analysera orsakerna till dessa och sedan i en handlingsplan för resultatenheten ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna. Ett övergripande mål inom SLSO var 2016 att varje resultatenhet skulle sammanfatta sitt under året genomförda patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Vid den

senaste mätningen av patientsäkerhetskulturen med den nationella patientsäkerhetskulturenkäten 2014 hade SLSO, med få undantag, ett resultat som var bättre än riket. En mindre omfattande mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs också sedan flera år tillbaka i samband med den årliga medarbetarenkäten. Verksamheterna har under året arbetat med att genomföra förbättringar utifrån resultatet av dessa mätningar av patientsäkerhetskulturen.

Klagomål och anmälningsärenden från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. För att förbättra tillgänglighet och hantering av klagomål har en central patientvägledarfunktion inrättats under året.

Antalet till SLSO inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) har ökat med 7 % jämfört med 2015 och med 27 % jämfört med 2014. Primärvård och Rehabilitering & hälsa står för ökningen 2016. Inom geriatrik och ASiH är antalet klagomål jämförelsevis få. Klagomål inom områdena organisation och tillgänglighet samt kommunikation står för den största andelen av ökningen.

Klagomålsärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) minskade med 20 % jämfört med 2015, till samma nivå som 2014. Ärendena har minskat så väl inom psykiatri som inom primärvård men inom geriatrisk verksamhet inklusive Team Äldredoktorn (läkarinsatser i särskilt boende) ses en mindre ökning. Av klagomålsärendena som inkommit till SLSO från IVO under 2016 och där IVO fattat beslut har kritik framförts i 7 % av ärendena.

Det totala antalet lex Maria anmälningar inom SLSO har ökat från 151 år 2015 till 166 år 2016. Psykiatri har flest antal lex Maria anmälningar huvudsakligen avseende självmord eller självmordsförsök. Självmord som sker i samband med pågående vård och behandling ska alltid anmälas till IVO enligt lex Maria. Inom psykiatri har anmälan av händelser som avser annat än suicid och suicidförsök ökat. Inom primärvården dominerar lex Maria anmälningar avseende brister i den diagnostiska processen.

Under 2016 har 13 medarbetare eller före detta medarbetare inom SLSO anmälts till IVO, enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, då de under sin tjänstgöring inom SLSO uppvisat sådana brister i sin yrkesutövning att det bedömts finnas skäl att befara att de kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2016

Strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Mål: Samtliga resultatenheter inom SLSO ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse/handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Resultat: 97 % av resultatenheterna har upprättat en patientsäkerhetsberättelse.
- Kommentar: Resultatet måste betraktas som bra med utgångspunkt från att det var första året som detta krävdes av resultatenheterna.

Förbättrad antibiotikaförskrivning

- Mål: Mindre eller lika med 172 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Resultat: 158 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.

- Kommentar: Sammantaget för SLSO nåddes målet med bred marginal och bidrog därmed till en minskad antibiotikaförskrivning under året. Husläkarverksamhet bedrivs av samtliga vårdcentraler inom SLSO, 84 % uppnådde målet. För att SLL ska uppnå det nationella målet för antibiotikaförskrivning (250 recept per 1000 invånare) måste arbetet med förbättrad och minskad förskrivning av antibiotika inom SLSO fortsätta.

Minskade vårdrelaterade infektioner (VRI) vid punktprevalens mätning 2016 (PPM VRI 2016).

- Mål: Inom SLSO ska andel patienter med VRI vara högst 5,9 %.
- Resultat: 3,6 %.
- Kommentar: Målet uppnåddes och den sammantagna andelen patienter med VRI inom SLSO var låg. Detta beror till stor del på att VRI är mindre förekommande inom psykiatrisk verksamhet. Den tillämpade mätmetoden (punktprevalensmätning – PPM) innebär att resultatet för en enhet, klinik, vårdgren och för hela SLSO kan variera stort vid olika mättillfällen. Många registrerade VRI har uppkommit vid vård inom andra verksamheter.

Utveckling av patientsäkerheten inom SLSO

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Med vårdskada 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. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Framgångsrikt och effektivt patientsäkerhetsarbete minskar antalet vårdskador och inte minst allvarliga vårdskador. Ett patientsäkerhetsarbete har sedan flera år bedrivits inom SLSO. Har detta patientsäkerhetsarbete lett till att vårdskadorna har minskat? För närvarande saknas metoder att fortlöpande mäta och redovisa uppkomna vårdskador, denna för patientsäkerhetsarbetet centrala fråga kan därmed tyvärr inte säkert besvaras.

SLSO har ett elektroniskt risk- och avvikelserapporteringssystem (HändelseVis). I detta rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse. Varje vårdavvikelse bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten. I avvikelshanteringssystemet görs ingen bedömning om en negativ händelse är en vårdskada. Det är dock rimligt att utgå ifrån att ett antal negativa händelser är vårdskador.

Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten kan därmed användas som ett ersättningsmått för vårdskador och ge en uppfattning om utvecklingen av vårdskador. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i HändelseVis som betydande eller katastrofala. En del allvarliga negativa händelser bör vara vårdskador och t.o.m. allvarliga vårdskador. Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO bedöms vara så god att statistiken i HändelseVis är tillförlitlig och jämförbar mellan åren.

I en sammanställning av flera studier och rapporter gällande vårdavvikelser (patient safety incidents) i primärvård, "How safe is primary care? A systematic review" publicerad i BMJ Quality & Safety 2015, gjordes uppskattningen att ungefär 4 % av vårdavvikelser kunde medföra allvarlig skada (Sukhmeet Singh et al, 2015).

Statistiken för åren 2011-2016 i tabell 1 visar en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 37 % år 2011 till 44 % år 2016. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser har mellan 2011 och 2016 ökat med 20 % och med 9 % mellan 2015 och 2016.

Under förutsättning att de i tabell 1 redovisade ersättningsmått speglar utvecklingen av vårdskador, pekar dessa inte mot att vårdskadorna har minskat.

Tabell 1. Utvecklingen 2011-2016 av vårdavvikelserrapporter och negativa händelser

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2011	5712	37 %	240	4,2 %
2012	6752	37 %	302	4,5 %
2013	7486	36 %	340	4,5 %
2014	7542	39 %	342	4,5 %
2015	8008	45 %	374	4,7 %
2016	7895	44 %	406	5,1 %

1. Ansvarsfördelning och egenkontroll

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Under år 2015 påbörjades inom SLSO en översyn av lednings- och stödprocesser. Denna har 2016 resulterat i att verksamheten har delats in i fyra verksamhetsområden (VO), VO Primärvård, VO Psykiatri, VO Geriatrik, ASIH, Somatisk specialistvård samt Kostenheten och VO Habilitering och Hjälpmedel. För varje VO finns en verksamhetsområdeschef. SLSO ledningsorganisation består av sjukvårdsområdes-, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledning. SLSO styrelse som ansvarar för verksamheten, inklusive patientsäkerhet, får sitt uppdrag av Landstingsstyrelsen. SLSO:s sjukvårdsdirektör får sitt uppdrag av styrelsen. Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten har sjukvårdsdirektören som till stöd i uppdraget har biträdande sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdeschefer och administrativa direktörer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören i övergripande medicinska- och patientsäkerhetsfrågor. Verksamhetsområdeschefen ansvarar för det samlade resultatet för verksamhetsområdet inklusive kvalitet och patientsäkerhet. Inom respektive resultatenhet ansvarar verksamhetschefen för patientsäkerheten. Beroende på verksamhetens inriktning och storlek kan verksamhetschefen bistås i patientsäkerhetsarbetet av patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsombud, medicinskt ansvarig läkare och chefsöverläkare.

SLSO har ett gemensamt centralt verksamhetsstöd med enheter som hanterar strategiska frågor, övergripande ledningsfrågor och verksamhetsstödjande tjänster. En av dessa enheter är Verksamhetstöd patientsäkerhet (VSPS), i denna ingår chefläkar- och sjukhusapoteksfunktion. VSPS genomför patientsäkerhetsdialoger i verksamheterna, erbjuder planeringsdagskoncept med tema patientsäkerhet samt expert- och processtöd i risk och händelseanalyser. Enheten erbjuder också expertstöd i hygien-, läkemedel-, juridik-, informationssäkerhets- och

arkivfrågor, stöd inför och efter tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket (LV), stöd i den lokala handläggningen av vårdskador och lex Maria ärenden samt anordnar utbildning i risk och händelseanalys.

Egenkontroll och uppföljning

SLSO:s ledningssystem är sedan 2013 certifierat enligt standarden ISO 9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och OHSAS 18001 avseende arbetsmiljö. Ledningssystem innebär att tillämpa ett strukturerat och systematiskt arbetssätt att leda och styra verksamheten för att leva upp till lagar och andra regelverk, leverera utförande och resultat enligt avtalade vårduppdrag och nå SLL:s och SLSO:s uppsatta mål. Det ska vara ett stöd för chefer och medarbetare, stimulera verksamhetsutveckling, förebygga risker och systematiskt säkra god kvalitet och hållbarhet. Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01). Ledningssystemets styrande och stödjande dokument innehåller beskrivningar av verksamhetsprocesser samt riktlinjer/rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet, miljö- och arbetsmiljökrav.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vårdprocesserna fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. En viktig del i egenkontrollen är den s.k. internkontrollen som baseras på en övergripande riskanalys med identifierade riskområden. Utifrån riskanalysen fastställs en årlig internkontrollplan som följs upp bl.a. genom systematiska interna revisioner i ett urval av resultatenheterna. Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhet fastställs i SLSO:s verksamhetsplan/budget och styrkort. Dessa mål överförs och bryts ner inom respektive verksamhetsområde och i sin tur inom varje resultatenhet. Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs upp systematiskt. Detta görs bl.a. genom avvikelse- och klagomålshantering, patientenkäter, patientdata, interna revisioner och årlig bokslutsuppföljning för samtliga resultatenheter. Resultaten analyseras av SLSO:s ledning, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledning och beslut tas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras enligt avtal till uppdragsgivaren/beställaren, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inom SLL. SLSO:s samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet inom kvalitet och patientsäkerhet. SLSO:s verksamheter deltar i för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister. Data från dessa analyseras lokalt i verksamheten och ligger till grund för kvalitetsarbetet med syfte att nå ökad patientsäkerhet och medicinska resultatförbättringar.

2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året

SLSO:s styrelse har fastställt en långsiktig strategi för patientsäkerhetsarbetet som innebär att vårdskador elimineras, aktiv utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete. Under året har patientsäkerhets- och förbättringsarbetet fortsatt med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador. De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering. Inom riskområdet läkemedelshantering är den dominerande risken läkemedelsadministrering. Sammanhållen journalföring tillämpas inom journalsystemet TakeCare som används inom SLSO och flertalet andra vårdgivare inom SLL. Detta bidrar till att ge goda förutsättningarna för en patientsäker vård. Inom SLSO:s verksamhetsområden pågår sedan flera år ett strukturerat utvecklings- och förbättringsarbete med mål att skapa standardiserade patientprocesser och arbetssätt för olika behovs- och

patientgrupper utifrån evidensbaserad kunskap. Syftet är att säkerställa att patienterna, utifrån nationella evidensbaserade riktlinjer, erbjuds en behovsbaserad, värdeskapande, likvärdig och säker vård. SLSO har under året fortsatt utvecklings- och förbättringsarbetet inom området strukturerade vårddata och informatik som bl.a. syftar till att förbättra tillgången till data för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt forskning. Patientsäkerhetskulturen inom SLSO har mätts i samband med medarbetarenkäten. Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvarata klagomål och förbättringsförslag. SLSO har på central nivå regelbundna samverkansrådsmöten med pensionärsorganisationer och handikapporganisationer. Under året har en central patientvägledarfunktion inrättats för att förbättra klagomålshanteringen. SLSO:s chefläkare har deltagit arbetet i SLLs Patientsäkerhetskommitté.

2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. VRI är ett av de största hoten mot patientsäkerheten i hälso- och sjukvården, infektioner är allvarliga och är en av de vanligast förekommande vårdskadorna. VRI påverkar patientsäkerheten genom ökad sjuklighet och dödlighet, förlängd vårdtid, ökat lidande för patienter och anhöriga, långtidshandikapp, ökad risk för smittspridning och risk för arbetsskador hos personalen. VRI utgör cirka 30 % av samtliga vårdskador i den somatiska sjukvården vilket innebär att var tionde patient som vårdas inom slutenvården drabbas av VRI. De vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är lunginflammationer, urinvägsinfektioner samt hud- och sårinfektioner. Cirka 400 patienter med en VRI vårdas dagligen i landstinget och forskningen pekar på att 20-30 % av dessa infektioner är möjliga att förebygga. Arbetet med att motverka vårdrelaterade infektioner och använda antibiotika rationellt har högsta prioritet. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har tagit fram ett handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården i SLL. För att minimera risken för smittspridning behövs en välfungerande vårdstruktur som inbegriper god vårdhygien inom all vård och omsorg.

Grunden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är:

- goda kunskaper och tillämpning om åtgärder för att förebygga smittspridning hos all personal,
- god verksamhetsplanering och organisation,
- lokaler och utrustning, som medger en god hygienisk standard i all verksamhet,
- tillgång till vårdhygienisk expertis, såväl i det förebyggande arbetet som i akuta problemsituationer, exempelvis vid smittspridning med resistenta bakterier.

SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bl.a. informationskampanjer och återkommande interna mätningar/självskattningar. Sedan 2008 deltar slutenvården i de nationella Punkt Prevalens Mätningarna (PPM-VRI). Prevalensen av VRI (geriatrik, psykiatri och ASIH) vid vårens mätning 2016 var 3,6 %. Andel VRI inom geriatrik var 6,7 %, psykiatri 0,9 % och ASIH 0 %. Inom geriatrisk slutenvård vårdas en stor andel patienter med multipla riskfaktorer, såsom nedsatt immunförsvar, antibiotikabehandling, urinvägskatetrar, centrala infarter, operativa ingrepp eller andra hud- och mjukdelsskador vilket kan delvis förklara den relativt höga förekomsten av VRI i den vårdgrenen. Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

Basala hygienrutiner

Tillämpning av basala hygienrutiner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården. Basala hygienrutiner beskrivs i ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)”. Dessa rutiner ska följas av all hälso- och sjukvårdspersonal vid samtliga vård och undersökningssituationer. Enkla och mycket effektiva rutiner som att inte bära klocka, ringar och andra smycken, ha korta naglar, uppsatt hår, använda handsprit både före och efter patientmöte, använda handskar samt vara rätt klädd vid patientmötet gör vården säkrare för patienten.

SLSO deltar i nationell PPM av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Om man följer dessa rutiner och regler minskar risken för smittspridning. Resultatet av PPM-BHK mätningen hösten 2016 visar att 85 % inom de geriatriska verksamheterna, 64 % inom de psykiatriska verksamheterna samt 100 % inom ASIH tillämpade de basala hygienrutinerna på korrekt sätt enligt mätmetoden. Totalt inom SLSO har 70 % tillämpat basala hygienrutiner på ett korrekt sätt enligt mätmetoden. SLSO har även genomfört en årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner inom psykiatri, primärvård, ASIH och geriatrik. Medarbetarna registrerade följsamhet till hygienrutinerna vid dagens första patientmöte. Drygt 47 % av medarbetare har svarat på enkäten och svarsfrekvensen har ökat med 3 %.

Tabell 2. Resultat av hygijensjälvskattningsmätning 2015 och 2016

	ASIH		Geriatrik		Primärvård		Psykiatri		Totalt SLSO	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Antal svar	248	253	519	492	2043	2270	2512	2476	5322	5491
Bär kortärmad arbetsdräkt	98%	96%	98%	96%	93%	91%	53%	57%	86%	85%
Utan ring, klocka eller armband	96%	95%	98%	97%	90%	88%	61%	60%	86%	85%
Använde handsprit före patientnära vårdarbete	97%	95%	97%	96%	93%	88%	77%	66%	91%	86%
Använde handsprit efter patientnära vårdarbete	100%	97%	100%	97%	97%	93%	86%	74%	96%	90%

Med några undantag visar mätningen marginella förändringar till det sämre jämfört med 2015. Städning av vårdlokaler är viktigt för att skapa god hygien och bidrar till att förebygga uppkomsten av VRI. De flesta verksamheter anlitar företag upphandlade av Locum som ska utföra städning enligt vårdhygienisk standard. En del verksamheter har egna anställda lokalvårdare som utför städning enligt samma standard. Kontroll av städningen av vårdlokalerna utförs regelbundet och systematisk.

2.2 Läkemedel

Läkemedelsterapi är en av sjukvårdens vanligaste behandlingar. Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Läkemedelsterapi kan dock vara förenad med risker om användningen inte överensstämmer med den enskilda patientens förutsättningar och om hantering av läkemedel inte sker på ett korrekt sätt. Den medicinska utvecklingen har inneburit att allt fler sjukdomar är

behandlingsbara och att nya potenta läkemedel tagits fram. Den omfattande läkemedelsanvändningen är en av orsakerna till läkemedelsrelaterade problem. Avvikelser inom läkemedelshanteringen är en av de vanligaste patientsäkerhetsriskerna. Verksamheterna har lokala rutiner för läkemedelshantering enligt gällande författningar och SLSO:s riktlinjer. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Dosdispenserade läkemedel

ApoDos är receptläkemedel maskinellt förpackade i dospåsar per dostillfälle, märkta med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas. Dospförpackade läkemedel används för patienter med många läkemedel och/eller svårigheter med hanteringen av läkemedel. Pascal är en nationell webbaserad tjänst för förskrivning av dospförpackade läkemedel. Apoteket AB är upphandlad leverantör av ApoDos-tjänsten i SLL.

Slutenvårdsdos är maskinell dosdispensering av läkemedel för slutenvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) eller annan vård där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Beställning av slutenvårdsdos skickas från journalsystemet av läkare. Tabletter och kapslar förpackas för varje patient och doseringstillfälle i individuella dospåsar. Användning av slutenvårdsdos leder till säkrare läkemedelshantering med färre läkemedelsrelaterade avvikelser, frigör sjukskötersketid för omvårdnadsarbete och förbättrar arbetsmiljön. Det leder även till optimerat läkemedelssortiment och därmed minskad kassation av läkemedel, miljöpåverkan och kostnad. Slutenvårdsdos används av samtliga avdelningar på Jakobsbergsgeriatriken. Under året har tjänsten utökats inom Stockholmsgeriatriken och delar av Danderydsgeriatriken. ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra samt en psykiatrisk avdelning inom Psykiatri Södra använder också slutenvårdsdos. SLL har avtal med ApoEx om slutenvårdsdos.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Risker finns och avvikelser kan uppstå under alla faser av läkemedelshanteringen från ordination, rekvisering, förskrivning, leveranser, hantering och vid administrering till patienten.

Tabell 3. Antal risker och avvikelser gällande läkemedel rapporterade i avvikelshanteringssystemet HändelseVis under 2016 jämfört med 2015.

Kategorier	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Administrering	146	127	303	328	222	289
Övrigt, läkemedel	151	155	148	210	104	88
Ordnation	132	85	154	159	70	67
Läkemedelsförsörjning	60	31	49	46	16	17
Kontroll	32	29	21	20	4	7
Läkemedelsgenomgång	17	17	24	15	4	9
Produkt	7	12	11	4	4	10
Antal registrerade	545	456	710	782	424	487

Kloka Listan

All läkemedelsbehandling ska ha som mål att vara säker och effektiv för patient och personal samt ge så liten miljöpåverkan som möjligt. Kloka Listan tas fram av Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) och dess 21 expertråd som rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar. Rekommendationerna är baserade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Följsamheten följs på substansnivå och mäts med DU90 % som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). Följsamheten påverkas inte av vilket generiskt preparat som förskrivits eller expedierats. Följsamheten till Kloka Listan inom husläkarverksamheten ligger på fortsatt hög nivå, 92 % (91 % 2015). Geriatriken ligger kvar på samma nivå som tidigare, 87 %. För psykiatrien mäts följsamheten till Kloka Listan med tillägg för specialiserad vård och resultatet ligger på 79 % (80 % år 2015).

Antibiotikaförskrivning

Eftersom antibiotika använts i så stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot antibiotikan, resistens, som ökar i omfattning. Antibiotika ska endast ges på korrekt indikation och med korrekt dosering för att undvika biverkningar och resistensutveckling. Samverkan mot antibiotikaresistens inom Landstinget (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska resistensutvecklingen. Dessa handlar i första hand om att avstå från behandling. Vid behandling ska även hänsyn tas till behandlingstid och miljö. Den nationella patientsäkerhetssatsningens mål är att minska antibiotikaförskrivningen till 250 antibiotikarecept per 1000 invånare. Nationellt sågs en liten minskning av uthämtade antibiotikarecept, 2 % per 1000 invånare under 2016. Recept till barn 0-4 år ökade dock med 4,4 % under 2016 efter en längre tids nedgång. Även i Stockholms län minskade uthämtade antibiotikarecept med 2 %, från 352 till 345 per 1000 invånare och år, men är fortfarande högst i landet.

Husläkarverksamheterna i SLL står för mindre än hälften (45 %) och närankar för 10 % av alla uthämtade antibiotikarecept. De allra äldsta patienterna hämtar ut flest antibiotikarecept per 1000 invånare och där utgör nästan hälften av recepten urinvägsantibiotika. Luftvägsantibiotika dominerar bland små barn. Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet/vårdcentraler har minskat från 169 recept (2015) till 158 (2016) per 1000 listade patienter.

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion

Urinvägsinfektion (UVI) är en vanlig infektion och cirka 10-15 % av antibiotikaförskrivningen inom husläkarverksamhet sker på den indikationen. Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är vanligaste diagnosen och svarar för 65 procent av alla urinvägsinfektioner i primärvården.

Antibiotikagruppen kinoloner har största risken för resistensutveckling, därför ska användning av dessa läkemedel begränsas. Enligt Stramas rekommendationer ska användningen av icke-kinolon antibiotika utgöra minst 90 % av behandlingen vid UVI. Urinvägsantibiotika till kvinnor i SLL har totalt minskat med 2,9 % senaste året. Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s vårdcentraler är fortsatt hög och uppnår STRAMA:s mål.

Tabell 4. Andel kvinnor 18-79 år som behandlades med antibiotika av icke-kinoloner.

	2015	2016
Riket	87%	87%
SLL vårdcentraler	93%	93%
SLSO vårdcentraler	93%	93%

Antibiotikabehandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion

Vid övre luftvägsinfektioner är det av stor betydelse att fastställa om det är en bakteriell infektion som kräver antibiotikabehandling eller inte. Förstahandsval vid antibiotikabehandling är penicillinV (PcV). Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0-6 år är att andelen som behandlas med PcV bör vara större än 80 %. Andelen PcV av luftvägsantibiotika till barn i Stockholms län har ökat jämfört med 2015. Dock ökade även den totala användningen av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år med drygt 7 % i SLL under 2016, vilket är en påtaglig ökning efter flera års minskning. Inom SLSO:s vårdcentraler ses en fortsatt ökning av andelen PcV till barn från 2015 till 2016.

Tabell 5. Andel barn 0-6 år som vid luftvägsinfektion behandlades med PcV

	2015	2016
Riket	69%	71%
SLL vårdcentraler	75%	77%
SLSO vårdcentraler	77%	79%

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Metoden innebär också omprövning och uppföljning av en patients totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Målet för läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. En säker terapi innebär att patienten får en individuellt anpassad behandling utifrån diagnoser där hänsyn har tagits till bl.a. patientens ålder, organfunktion, biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt socialstyrelsens föreskrifter, (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, i enkla respektive fördjupade läkemedelsgenomgångar. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Efter en enkel läkemedelsgenomgång med kvarstående läkemedelsrelaterade problem, eller där det finns en misstanke om sådana problem, utförs en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Läkemedelsförsörjning.

Alla vårdenheter beställer rekvisitionsläkemedel via de upphandlade leverantörerna apoteket ApoEx och Apotek Produktion & Laboratorier (APL) samt använder beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. Beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering). Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter är vårdgivaren skyldig att ha en sjukhusapoteksfunktion. Ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion har sjukvårdsdirektören. I sjukhusapoteksfunktionen ingår även chefläkare, överläkare, farmaceut, verksamhetschefer samt ansvariga för läkemedelstransporter. Sjukhusapoteksfunktionen samordnar, stödjer, följer upp och bistår verksamheterna med medicinsk och farmaceutisk

kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via mail, telefon och intranät. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i landstingen.

Övrigt inom läkemedelsområdet

SLSO har två representanter i den Centrala gaskommittén inom SLL. Ett pilotprojekt, Sortimentsoptimering av läkemedel och granskning av användningen av miljöbelastande läkemedel, har under året startat på enheter inom geriatrik, ASIH och psykiatri. Syftet är att förbättra och säkerställa hela läkemedelshanteringsprocessen på enheterna. Den upphandlade tjänsten Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling, som kan avropas från leverantören Apoteket AB har använts av 58 enheter inom SLSO under 2016 (109 enheter år 2015). En annan upphandlad tjänst från Apoteket AB, Läkemedelssupport, dvs. beställning av rekvisitionsläkemedel och skötsel av läkemedelsförrådet på enheten, har avropats av fyra enheter. SLSO har deltagit i SLL övergripande upphandlingar under året. Den ena upphandlingen omfattar läkemedelsautomater och den andra läkemedelsförsörjningen.

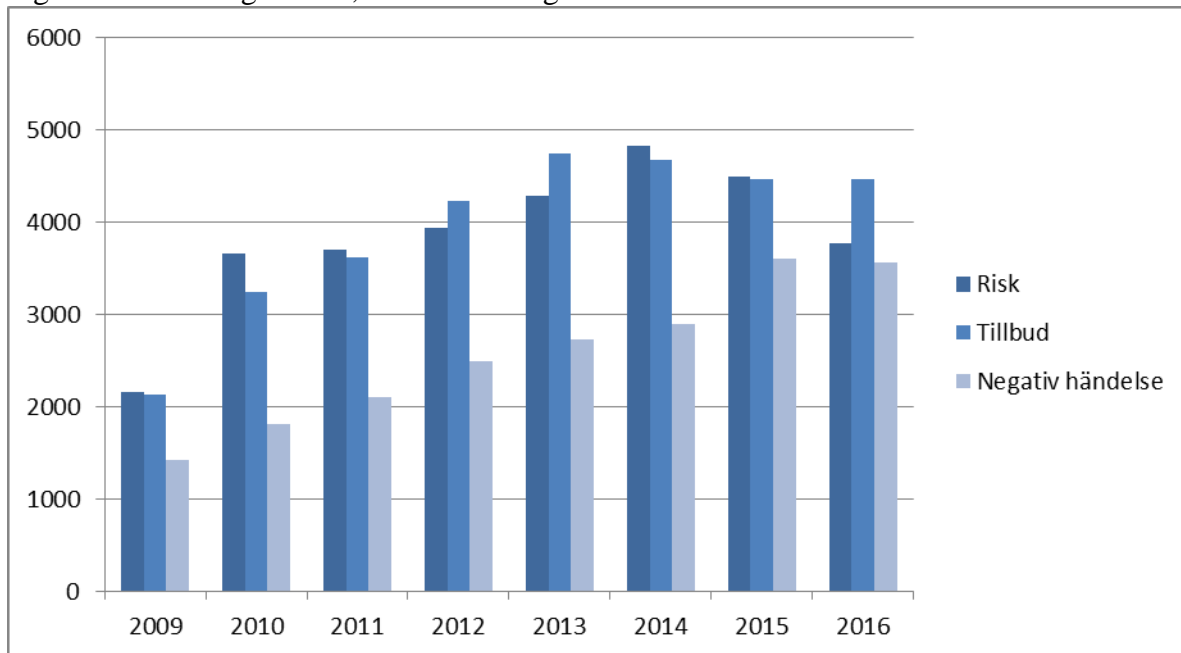
2.3 Riskinventering och riskhantering

Riskinventering sker på fler olika sätt på enheterna inom SLSO. Ett sätt är att granska riskrapporterna i HändelseVis. Drygt en tredjedel av rapporterna i HändelseVis utgörs av risker. Risker som framkommer vid riskronder/riskinventeringar dokumenteras dock inte alltid i HändelseVis. Under 2016 har risker kopplade till dokumentation/informationsöverföring dominerat, speciellt avseende information i vårdens övergångar. Risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också stora kategorier. Risker diskuteras på arbetsplatsträffar (APT), i riskronder, ledningsgrupper och möten inom yrkesgrupper samt inventeras systematiskt på planeringsdagar. Riskhanteringen sker genom att medarbetare uppdras att utreda och komma med förslag till åtgärder för att eliminera alternativt minimera risken. Hanteringen av risker sker också genom systematiska riskanalyser enligt Socialstyrelsens etablerade modell i samband med större förändringar i verksamheterna. SLSO:s styrelse gör årligen en övergripande riskinventering och riskanalys som ligger till grund för internkontrollplanen.

2.4 Avvikelsehantering

Risk- och avvikelserapportering skiljer sig åt mellan vårdgrenar. Detta beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur. Kunskapen ökar om att risker är generella och inte bundna till person. Samtliga verksamheter har lokala rutiner för avvikelsehantering. Risker och avvikelser rapporteras i HändelseVis som möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar inom SLL. Handläggningen av rapporter skiljer sig mellan verksamheter. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter t.ex. inom stora primärvårdsenheter, psykiatriska eller geriatriska kliniker sker en första analys av rapporten av närmaste chef som vidarebefordrar rapporten till en patientsäkerhetsgrupp som har uppgiften att granska, godkänna eller komplettera de aktuella åtgärdsförslagen. Beslutade åtgärder följs sedan upp. Det finns förbättringsutrymme när det gäller uppföljning av åtgärder. HändelseVis har goda möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker på APT, samverkansgrupper och ledningsgrupper. Sedan 2010 är andelen risker relativt konstant. Andelen och antalet negativa händelser har årligen ökat, se figur 1.

Figur 1. Fördelning av risk, tillbud och negativa händelser 2009 till 2016



2.5 Hantering av klagomål och synpunkter

En viktig del i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är utredning av klagomål och synpunkter. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vårdtagare och deras närstående, personal, andra vårdgivare, föreningar, andra organisationer och intressenter. Den enskilde patienten och hans närstående kan med fördel engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbete.

Ett mål för SLSO är att på bästa möjliga sätt tillgodose våra patienters behov och förväntningar på bemötande, vård och behandling. Patienten eller närstående har alltid möjlighet att lämna synpunkter eller klagomål på utförd vård som är en källa till information som värdesätts och tas omhand av verksamheten. Klagomål och synpunkter hanteras i första hand inom berörd verksamhet. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns lokala rutiner för hantering av inkomna klagomål och synpunkter som ska analyseras, åtgärdas och följas upp. Vidtagna åtgärder ska förhindra att liknande händelse inträffar igen. Ärendet och vidtagna åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare inom berörd verksamhet, andra som varit involverade i händelsen och berörd patient och närstående. Analys och uppföljning av klagomål och synpunkter sker regelbundet inom verksamheten i olika forum t.ex. på arbetsplatsträffar (APT), ledningsgruppsmöten och i samverkansgrupper.

Patienter/närstående informeras att de kan vända sig till Patientnämnden (PaN) med synpunkter och klagomål eller göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Årligen genomförs patientenkäter där patienter kan lämna synpunkter, vilket är ett underlag för verksamheternas förbättringsarbete.

Klagomål och synpunkter till Patientnämnden (PaN)

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans med en egen förvaltning. Personalen har bred kompetens och erfarenhet att hantera klagomål och synpunkter från olika delar av vården.

Förvaltningen handlägger ärenden som rör behandling, kommunikation, tillgänglighet, ekonomi, administration, juridik och omvårdnad m.m. Patientnämndens förvaltning förordnar även stödpersoner åt patienter som tvångsvårdas inom psykiatri enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) eller enligt Smittskyddslagen (SmL).

Patientnämnden ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Inkomna ärenden klassificeras av PaN i olika klagomålskategorier. PaN-ärenden innehåller viktig information som utgör underlag för vårdens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Samtliga klagomål och synpunkter delges verksamhetschef eller motsvarande. PaN handlägger en del av klagomålen själva och övriga skickas till SLSO för handläggning. SLSO:s patientvägledare handlägger inkomna patientnämndsärenden i samarbete med chefläkarna och granskar yttranden från vården.

Tabell 6. Antal ärenden inkomna till SLSO från PaN

Vårdgren	2014	2015	2016
Geriatrik/ASIH	15	14	11
Primärvård	206	211	247
Psykiatri	172	244	234
Övriga	9	7	19
SLSO totalt	402	476	511

Totalt antal ärenden inkomna till SLSO från PaN har ökat med 7 procent under 2016. Primärvård och Rehabilitering & hälsa står för ökningen. Inom psykiatri ses en liten minskning. Inom geriatrik och ASIH är antalet klagomål liksom tidigare jämförelsevis få. De flesta klagomålen handlar om behandling därefter kommunikation och tillgänglighet.

Hur kan ett klagomål till patientnämnden bidra till bättre vård?

Nedan följer exempel på hur patientklagomål kan öka kvalitet och patientsäkerhet i vården genom att åtgärder vidtas.

Synpunkter på bemötande vid kontakt med telefonrådgivning.

En man ringde telefonrådgivningen vid en vårdcentral och önskade lista om sig på denna vårdcentral. Mannen blev otrevligt bemött och hänvisades till den vårdcentral han för närvarande var listad på. Mannen vände sig då till PaN. Verksamhetschefen svarar att hon tackar för återkoppling och beklagar bristerna i kommunikation och bemötande av sjuksköterska. Verksamhetschefen har som åtgärd återkopplat till sjuksköterskegruppen och genomfört en utbildning med fokus på bemötande.

Synpunkter på lång väntetid på ett läkarutlåtande.

Kvinnan har synpunkter på att hon fått vänta länge på ett läkarutlåtande efter utredningen av sin minderåriga son. När hon en tid efter att utredningen var slutförd ringde till mottagningen, fick hon besked att läkaren som skulle skriva intyget varit sjukskriven men nu var i tjänst. Efter ytterligare en månad hade läkarintyget fortfarande inte skickats till kvinnan. Kvinnan tog åter igen kontakt med mottagningen som lovade att det skulle skickas. Nu hade kvinnan väntat i sex månader. Hon anser att detta är oacceptabelt och vänder sig då till PaN. I svar från ansvariga chefer framgår att de håller med om att det inte är acceptabelt att vänta så länge på ett läkarutlåtande. Ett läkarutlåtande efter aktuell utredning och fastställd diagnos är en rutinåtgärd och det finns även en mall för utredningsförfarandet. Det framkommer också att utlåtandet

fortfarande inte är skrivet vilket ska ordnas omgående. En lokal rutin har införts när personal är frånvarande en längre tid.

Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO hanterar inkomna klagomål från patienter mot hälso- och sjukvården och dess personal. Berörd verksamhetschef får klagomålet för handläggning. Innan begärda handlingar skickas till IVO, granskas de av chefläkare. Antalet klagomålsärenden till IVO har minskat under 2016. Klagomålen berör information, kommunikation, bemötande, vård och behandling, utredning och diagnostik, läkemedelsbehandling m.m. Totalt antal klagomål som inkom till SLSO från IVO 2016 uppgick till 234. Av klagomålsärendena som inkommit till SLSO från IVO under 2016 och där IVO fattat beslut har kritik framförts i 7 % av ärendena.

Tabell 7. Antal till SLSO inkomna klagomål från IVO

Vårdgren	2014	2015	2016
Geriatrik/ASIH	20	14	25
Primärvård	84	126	108
Psykiatri	114	156	98
Övriga	1	0	3
SLSO totalt	219	296	234

Patientvägledare

Sedan september 2016 finns en ny funktion inom SLSO kallad patientvägledare som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Flertalet klagomål och synpunkter framförs på telefon och återförs för handläggning till berörd verksamhet. Patientvägledaren ger också stöd till verksamheterna i handläggning av klagomål.

2.6 Utredning av vårdskador

SLL har valt att registrera sina risker och avvikelserapporter i systemet HändelseVis. SLSO har under 2016 registrerat 3535 negativa händelser i systemet, vilket är i nivå med 2015. Över tid tenderar de negativa händelserna att öka, vilket framgår i tabell 8. Av de negativa händelserna bedöms en liten del, efter utredning som vårdskada dvs. händelsen hade kunnat undvikas om den handlagts adekvat. Om vårdskadan bedöms som allvarlig kontaktas chefläkare. Vid diskussionen med chefläkare avgörs om lex Maria anmälan till IVO ska göras. Även tillbud som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada rapporteras och granskas på samma vis.

Tabell 8. Andel risk, tillbud och negativ händelse

År	Risk	Tillbud	Negativ händelse
2012	37 %	40 %	23 %
2013	36 %	41 %	23 %
2014	39 %	37 %	24 %
2015	36 %	35 %	29 %
2016	32 %	38 %	30 %

Av tabell 9 framgår att majoriteten av negativa händelser har ingen, mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för

patienten, gäller huvudsakligen psykiatri och beroendevård. I de flesta fall handlar det om självmord och dödsfall under oklara omständigheter. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om behandling/omvårdnad och dokumentation/informationsöverföring.

Tabell 9. Fördelning av konsekvens vid negativ händelse

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma	Antal reg
2012	6 %	5 %	22 %	40 %	7 %	20 %	2491
2013	6 %	7 %	22 %	41 %	6 %	18 %	2729
2014	6 %	6 %	22 %	42 %	5 %	19 %	2895
2015	5 %	5 %	22 %	42 %	6 %	20 %	3593
2016	5 %	7 %	20 %	40 %	5 %	23 %	3535

Det totala antalet lex Maria anmälningar inom SLSO har ökat från 151 år 2015 till 166 år 2016. Psykiatri har flest antal lex Maria anmälningar huvudsakligen avseende självmord eller självmordsförsök. Självmord som sker i samband med pågående vård och behandling ska alltid anmälas till IVO enligt lex Maria. Inom psykiatri har anmälan av händelser som avser annat än suicid och suicidförsök ökat. Antalet lex Maria anmälningar inom primärvården har minskat sedan 2015, anmälningarna dominerades av brister i diagnostik och utredning.

Tabell 10. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren

	2013	2014	2015	2016
Psykiatri	71	111	112	134
Primärvård	37	34	36	27
Geriatrisk/ASIH	1	5	2	3
Övriga	1	0	1	2
SLSO totalt	110	150	151	166

Ett lärande exempel på ett lex Maria fall.

Händelse:

Medelålders patient sökte på vårdcentralens öppna sjuksköterskemottagning för nyttillkommen smärta i vänster skuldra som strålade upp i nacken och stelhet i muskler. Patienten berättade att hen hade suttit i drag från aircondition. Sjuksköterskan palperade de smärtsamma områdena och noterade stela och ömmande muskler. Patienten rekommenderades egenvård med smärtlindrande tabletter samt att själv utvärdera behandlingen efter fem dagar och uppmanades att återkomma vid behov. Fyra timmar efter besöket föll patienten ihop på arbetsplatsen. Ambulans tillkallades och fördes med hjärtstillestånd till akutmottagning. Patienten avlider några dagar senare i sviterna av en hjärtinfarkt på sjukhuset.

Chefläkarbedömning:

Det kan inte uteslutas att en mer adekvat anamnes och utförlig klinisk undersökning hade väckt misstankar om allvarlig hjärtsjukdom. Detta skulle ha medfört en mer adekvat medicinsk handläggning. Symptombilder som denna kan vara svårbedömda men bedömning av läkare hade ökat sannolikheten att identifiera eller åtminstone misstänka att patientens besvär var av

allvarlig akut karaktär. Patienten har därmed drabbats av en allvarlig vårdskada och anmälan av händelsen enligt lex Maria ska göras.

Verksamhetens identifierade orsaker:

- Vid den nyinrättade öppna sköterskemottagningen ska patienterna bedömas och triageras utifrån sjukdomshistoria och symptombild till läkarbesök eller handläggning av sjuksköterska vid mindre allvarliga sjukdomstillstånd eller enklare vårdbehov,
- Vid den öppna sjuksköterskemottagningen och triageringen ska samma bedömningsstöd användas som vid bedömning av sjuksköterska i telefon.
- Att detta bedömningsstöd ska tillämpas även vid den öppna sköterskemottagningen har vid vårdcentralen inte varit tillräckligt tydligt.
- Detta medförde att sjuksköterskan inte tillämpade rutinen och inte använde bedömningsstödet.
- Sjuksköterskan handlade patienten därför ”på egen hand” och bokade inte patienten för akut läkarbedömning.

Verksamhetens riskförbyggande åtgärder:

- Förtydligande av att rutinen att bedömningsstöd för telefonarbete ska användas även vid sjuksköterskebaserad patientmottagning
- Vid patientbesök på sjuksköterskemottagning föreligger inte så sällan även behov av läkarbedömning.
- Tillägg har gjorts till den lokala rutinen "Nyttillkommen smärta på kroppen skall bedömas av läkare. Detta inkluderar allt från fotledsmärta, vader, ljumskar, bålen, axlar, hals och huvud. Bakjour eller annan jourläkare skall tillkallas för bedömning av patienten”

IVO:s bedömning och beslut:

IVO bedömer att vårdgivaren har fullgjort sina skyldigheter att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Denna skyldighet framgår av 3 kap. 3 och 5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutssatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande händer igen. Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2 § PSL och 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningskyldighet enligt lex Maria.

IVO avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Anmälan enligt PSL 3 kap. 7 §

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Under 2016 har 13 medarbetare eller före detta medarbetare inom SLSO anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Fördelningen mellan vårdgrenarna var 7 inom psykiatrin, 4 inom primärvården, 1 inom geriatriken och 1 övrig 2016.

2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året

Ledning och styrning av det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet har stärkts under 2016. Detta främst genom att SLSO för 2016 har haft som mål och kravställning att samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och sedan upprätta en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Förbättrad antibiotikaförskrivning är ett viktigt mål som funnits med i flera år och resultatet blir bättre för varje år. Föregående år var resultatet 169 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter och år 2016 blev resultatet 158 per 1000 listade patienter inom husläkarverksamhet. Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner är ett annat viktigt mål för patientsäkerheten och följs sedan flera år med punktprevalensmätningar inom slutenvården. SLSO:s mål för detta uppnåddes och den sammantagna andelen patienter med VRI var låg.

Tabell 11. SLSO:s övergripande indikatorer, mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2016

	Andel patientsäkerhetsberättelser	Antal handlingsplaner för patientsäkerhet	Förbättrad antibiotikaförskrivning	Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalensmätning
Mål	100 % ⁽¹⁾	100 % ⁽²⁾	≤ 172 uttagna antibiotikarecept ⁽³⁾	Högst 5,9 % ⁽⁴⁾
Resultat	97 % av SLSO:s resultatenheter nådde målet	Kan inte redovisas	158 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom husläkarverksamhet	3,6 %

(1) Samtliga resultatenheter ska skriva en patientsäkerhetsberättelse för år 2016

(2) Samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet

(3) ≤ 172 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter

(4) Sammantaget inom SLSO ska andelen patienter med vårdrelaterade infektioner (VRI) vid punktprevalensmätning (PPM) våren 2016 vara högst 5,9 %

Skydd mot vårdskada är syftet med patientsäkerhetsarbetet. Idag mäter vi förekomsten av negativa händelser som indikator på vårdskador. Internationella studier visar att registreringen av avvikelser är bristfällig även i organisationer vars säkerhetsarbete lyfts fram som förebildligt. Det är angeläget att hitta mer tillförlitliga mått på förekomsten av vårdskador.

Tabell 12. Utvecklingen 2011-2016 av vårdavvikelser antal och negativa händelser.

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2011	5712	37 %	240	4,2 %
2012	6752	37 %	302	4,5 %
2013	7486	36 %	340	4,5 %
2014	7542	39 %	342	4,5 %
2015	8008	45 %	374	4,7 %
2016	7895	44 %	406	5,1 %

Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i avvikelshanteringssystemet som betydande eller katastrofala. En stor andel av dessa negativa händelser bör vara vårdskador och t.o.m. allvarliga vårdskador. Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten skulle kunna användas som ett indirekt mått på vårdskador. Statistiken för åren 2011-2016 i tabell 15 visar en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 37 % år 2011 till 44 % år 2016. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser har mellan 2011 och 2016 ökat med 20 % och med 9 % mellan 2015 och 2016. Under förutsättning att de i tabell 1 redovisade ersättningsmått speglar utvecklingen av vårdskador, pekar dessa inte mot att vårdskadorna har minskat.

Patientsäkerhetskultur

Säker vård förutsätter en god patientsäkerhetskultur som i sin tur förutsätter att ledningen på alla nivåer bedriver ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla medarbetare. Säkerhetsmedvetandet har stor betydelse för hur risker som patienter kan utsättas för hanteras. Kulturen i en organisation formas av de värderingar och normer som finns i organisationen. Patientsäkerhetskultur kan beskrivas som de förhållningssätt och attityder, hos individer och grupper inom en vårdenhet, som har betydelse för patientsäkerheten. Den kan mätas på olika sätt med exempelvis enkäter till medarbetarna eller med följsamhet till vårdprogram och riktlinjer. Inom SLSO har den nationella patient-säkerhetskulturenkäten genomförts vid två tillfällen år 2011 och år 2014. I den årliga medarbetarenkäten finns 10 frågor om patientsäkerhet, svaren på dessa blir ett av underlagen för chefernas planering av enhetens patientsäkerhetsarbete det kommande året. Bästa resultat fick frågan ”Jag inser vikten av att rapportera avvikelser även om patienten inte drabbas” och sämsta resultat fick frågan ”Min närmaste chef ger mig återkoppling när jag skriver avvikelserapport ”.

3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter

3.1 Primärvård

SLSO:s primärvårdsenheter/resultatenheter har ett eller flera av följande uppdrag: husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, barnhälsovård, vård vid barnmorskemottagning/mödravårdscentral, barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, ungdomsmottagning, lättakut- och närakutverksamhet, logopedverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, primärvårdsrehabilitering inklusive specialiserad rehabilitering, psykosociala insatser i primärvård, fotsjukvård, hälsomottagningar, kost- och nutritionsverksamhet, asylmottagningar samt akademiska vårdcentraler (AVC).

Husläkaruppdraget fick ett förändrat ersättningssystem 2016. Detta har medfört större möjlighet till nya arbetssätt och tema-specialisering på vårdcentralerna, exempelvis äldre-, astma/KOL-, diabetes- och hjärtsvikt/hypertonimottagningar. Under året har alla vårdcentraler öppnat Äldremottagning. Asylmottagningar har fått utökad uppdrag med anledning av ökad tillströmning av asylsökande och ensamkommande flyktingbarn.

SLSO:s primärvårdsverksamheter har stor geografisk spridning över länet, de är olika stora och antalet listade patienter på vårdcentraler varierar mellan 4139 och 30815. Totalt under 2016 var 9270 patienter inskrivna i hemsjukvården, i genomsnitt 6060 per månad.

Patientsäkerhetsarbetet är en naturlig del av det dagliga arbetet och utgör en viktig del av verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. Patientsäkerhetsrisker bedöms med stöd av riskronder, egenkontroll, interna och externa revisioner, avvikelserapportering i Händelsevis, patientenkäter, inkomna klagomål och synpunkter till verksamheten, anmälningar till Patientnämnden, klagomål till IVO och patientsäkerhetsfrågor i den årliga medarbetarenkäten. Flera av verksamheterna följer regelbundet vissa parametrar t.ex. MRSA, VRI, trycksår, fall hos hemsjukvårdspatienter, följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler m.m. Webbtidbokning är införd på de flesta enheterna, antalet tillgängliga bokningsbara tider varierar. På vårdcentraler och närakuter har införts RGS Webb, ett evidensbaserat standardiserat rådgivningsstöd för sjuksköterskor som ger telefonrådgivning.

Alla resultatenheter har fortsatt delta i Värde lyftet Framtidens primärvård som är ett processarbete för utveckling av primärvården för Framtidens hälso- och sjukvård. Elva processgrupper arbetar med att ta fram processkartor utifrån patientens behov. Processgruppernas arbete utgår från en diagnos- eller behovsgrupp: akut omhändertagande, astma/KOL, diabetes, hjärta/kärl, psykisk ohälsa, smärta/leder och sköra multisyjuka. Ytterligare arbete pågår med områdena lokaler, ledarskap, Forskning/Utveckling/Utbildning (FoUU) samt levnadsvanor. I processarbetet deltar patient- och brukar-representanter tillsammans med de tvärprofessionella grupperna. Processarbetet implementeras genom Lärandemodellen med lokala Dialogseminarier och nätverksträffar.

Sedan oktober 2015 har huvudmannskapet för hälso- och sjukvårdsinsatser för vårdtagare inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) gått över till kommuner. Läkarinsatserna kvarstår inom Landstinget. Under året har rutiner för kommunikation angående LSS patienterna arbetats fram. Samtliga barnhälsovårdsenheter har utarbetat en gemensam remissrutin. Gemensam remissrutin och lokala rutiner för hantering av patienter med skyddad ID och reservnummerhantering har tagits fram för all barnhälsovård.

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen har övergripande ansvar för patientsäkerheten och bistås ofta av medicinsk ansvarig läkare, patientsäkerhetsansvarig sjuksköterska, verksamhetens ledningsgrupp och medarbetare som är särskilt engagerade i patientsäkerhetsarbetet. Medarbetare har beretts möjlighet att göra SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet antingen individuellt eller i grupp. Patientsäkerhetsberättelser har upprättats av 96 % av resultatenheterna. Beroende på verksamheternas storlek organiseras patientsäkerhetsarbetet olika. I större verksamheter finns patientsäkerhetsgrupper som består av representanter från olika yrkeskategorier som handlägger och analyserar rapporterade risker och avvikelser samt ger förslag till förbättringsåtgärder. Inom mindre verksamheter finns patientsäkerhetsombud/patientsäkerhetssamordnare som handlägger avvikelser. Rapporterade risker och avvikelser följs upp på arbetsplatsträffar, i samverkansgrupp och ledningsgrupp. Patientsäkerhetsfrågor diskuteras på nätverksträffar samt i ledningsgrupper för verksamhetschefer och i årliga uppföljningsmöten samt i primärvårdens ledningsgrupp. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

Informationsöverföring och samverkan

Verksamheterna har under 2016 fortsatt sitt arbete med att säkra informationsöverföring mellan olika vårdgivare och samarbetspartners. Vårdplanering för hemsjukvårdens patienter sker både i hemmet och på annan vårdinrättning. Inom primärvården har stor vikt lagts på arbete med den interna kommunikationen inom respektive enhet och revidering av lokala rutiner. Verksamheterna samverkar och har dokumenterade samverkansöverenskommelser med olika samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, primärvårdsrehabilitering, BVC, barnmorskemottagningar, barnläkarmottagningar, kommuner/stadsdelar, ASIH, skolhälsovården, arbetsförmedling och försäkringskassan m.fl. Flera vårdcentraler/husläkarmottagningar, lättakuter och närakuter har väl fungerande samarbete med ambulanssjukvården. Primärvårdsrehabiliteringen har också nära samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i sluten- och öppenvård, Stockholms syncentral m.fl.

Risker och avvikelser

All personal har skyldighet att rapportera vårdavvikelser. Risk- och avvikelshantering är grunden för god och säker vård. De vanligaste riskerna som identifierats vid riskronder är: informationsöverföring mellan olika vårdenheter, vårdokumentation, läkemedelshantering inkl. hantering av läkemedel i hemsjukvården och remisshantering. Inom husläkarverksamheten görs alltid en riskbedömning vid inskrivningen av patienten i hemsjukvården som omfattar bedömning av risken för undernäring, trycksår och fall. Samtliga primärvårdsenheter använder HändelseVis för rapportering av vårdrelaterade avvikelser. Antal registrerade rapporter i HändelseVis har minskat från 4030 år 2015 till 3736 år 2016. Verksamheterna arbetar aktivt och metodiskt med avvikelshantering och regelbundna risk- och konsekvensanalyser. Vid behov görs riskanalys. Verksamheterna har väl fungerande lokala rutiner för klagomålshantering. Avvikelser, risker och klagomål tas regelbundet upp på APT, lokala ledningsmöten och samverkansmöten samt ligger till grund för utvecklingsarbetet.

Flertal av enheter har arbetat med att förbättra vårdokumentation, säkerställa rutiner för antikoagulantibehandling, omhändertagande av diabetespatienter m.m. Lokala rutiner följs upp och revideras vid behov. Enheterna har arbetat med att skapa trygga och säkra rutiner för patienter med skyddad ID inklusive återkommande information till personalen om hantering av patienter med skyddad ID. Verksamhetsledningarna har utfört journalgranskning för att säkerställa följsamheten till rutiner för registrering och dokumentation. Korrekt

journaldokumentation är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Inom verksamhetsområdet fortsätter ett arbete med att utveckla och förbättra journaldokumentation genom systemgemensamma mallar i journalsystemet TakeCare. Syftet med journalmallar är enhetlig strukturerad dokumentation vilket ger goda förutsättningar till systematisk kvalitetsuppföljning, benchmarking och direktöverföring av data till olika kvalitetsregister. Inom SLSO primärvård är journalmallarna till 98 % systemgemensamma.

Kompetensutveckling, lärande organisation

Verksamheterna har aktivt arbetat med att förbättra den medicinska kvaliteten inom områden som t.ex. diabetes, njursvikt, hypertoni, astma/KOL, sår och smärta samt övervikt med fokus på ett enhetligt omhändertagande i enlighet med nationella riktlinjer, VISS, Strama rekommendationer och behandlingsmål. Den medicinska kvaliteten följs bl.a. genom att regelbundet ta fram och analysera rapporter från journaldata. Under 2016 har enheterna haft Dialogseminarium Patientprocess Hjärtsvikt på våren samt Dialogseminarium Mäta och följa värde-exempel Astma/KOL under hösten. I utvärderingsenkät uppger drygt 75 % av medarbetare att deltagandet i Dialogseminariet var väl använd tid helt eller till stor del samt drygt 70 % av medarbetare att de börjat använda något av innehållet från Dialogseminarierna. Inom verksamheterna följs och analyseras förskrivningsmönster av läkemedel för de olika patientgrupperna.

Deltagande av medarbetare från primärvårdsenheterna i patientsäkerhetsutbildningar och konferenser är fortsatt god. Majoriteten av medarbetare inom primärvården har genomfört SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet. Verksamheter har deltagit i SLSO:s patientsäkerhetsdialoger och genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet. Medarbetarna har genomfört flera utbildningar, b.la. informationssäkerhetsutbildningen DISA, HBT-utbildningen. Nätverket för medicinskt ansvariga läkare (MAL) har under året haft två möten med inriktning på patientsäkerhet. Medarbetare har utbildats i risk- och händelseanalys, i ”offentlighet och sekretess”, patientlagen samt patientdatalagen. Primärvårdsverksamheter rapporterar till ett flertal kvalitetsregister som t.ex. NDR (Diabetes), Riks-stroke, BOA, senior Alert, SweDem, luftvägsregistret för astma-KOL-patienter, antibiotikaSMART. Under hösten 2016 anslöts alla vårdcentraler till Nationell Primärvårdskvalitet för att användas i sitt lokala förbättringsarbete och för benchmarking. I Nationell Primärvårdskvalitet finns 83 kvalitetsindikatorer som spänner över viktiga patientbehovsgrupper inom primärvården. Alla kvalitetsregisterrapporteringar sker genom automatisk överföring direkt från TakeCare.

Läkemedel

Samtliga vårdcentraler följer systematiskt förskrivningen av läkemedel och följsamhet till Kloka Listan samt följer Stramas rekommendationer angående antibiotikaförskrivning. Medelvärde för följsamhet till Kloka Listan inom primärvården var 92 % under 2016 (91 % 2015), med variation mellan 87 och 95 %. I primärvården genomfördes under året 11305 fördjupade läkemedelsgenomgångar (12020 år 2015). En viktig del av patientsäkerhetsarbetet med läkemedel är korrekt hantering, administrering, dokumentation och delegeringar av läkemedel. Vårdcentralerna strävar efter att använda dosdispenserade läkemedel (ApoDos) i största möjliga utsträckning. Majoriteten av patienter i hemsjukvården får läkemedel via ApoDos. Apoteket AB levererar läkemedel i dospåsar som av distriktssköterskor distribueras till patienter. Enligt uppgift från Apoteket AB har 21 externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshandling utförts (51 under 2015).

Hygien- och klädregler

Samtliga verksamheter ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och SLSO:s riktlinje för basala hygienrutiner. Årligen mäts följsamheten till riktlinjen i en webbaserad självskattningsenkät.

Tabell 13. Resultat av självskattningsenkät i primärvård

	2015	2016
Antal svar	2043	2270
Bär kortärmad arbetsdräkt	93 %	91 %
Utan ring, klocka eller armband	90 %	88 %
Använde handsprit före patientnära vårdarbete	93 %	88 %
Använde handsprit efter patientnära vårdarbete	97 %	93 %

Inom verksamheterna görs återkommande kontroller av medarbetarnas följsamhet till hygienregler. Basala hygien- och klädrutiner är en återkommande punkt på APT.

Tillgänglighet

Primärvården arbetar ständigt med att förbättra tillgängligheten som redovisas i olika typer av väntetidsmätningar. Telefontillgängligheten inom primärvården mäts kontinuerligt av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Med telefontillgänglighet avses andel samtal som i undersökningen besvaras inom godkänd tid. Sammantaget för 2016 besvarades 85 % av samtalen inom godkänd tid, att jämföra med 87 % föregående år. Under året har 44 vårdcentraler klarat tillgänglighetsmålen i HSF:s telefontillgänglighetsmätning.

Verksamhetschefer och distriktssköterskor som ansvarar för telefonrådgivning har deltagit i workshops ”Att leda i TeleQ” i syfte att förbättra kunskapen om korrekt användning av TeleQ system.

Patienterna har även möjlighet att boka besökstider via webben vilket förbättrar tillgänglighet till vården. Webbtidbokning är infört i de flesta enheterna inom primärvården. Under 2016 har antalet bokningsbara webbtider ökat med 75 %. SLSO har under 2016 infört en automatiserad kontinuerlig väntetidsmätning där uppgifter hämtas från journalsystemet. Uppfyllande av vårdgarantin (läkarbesök inom 5 dagar med ett nytt vårdproblem) ligger på 92 % vid utgången av 2016 för helåret. Vårdgarantin för primärvårdsrehabilitering hade en måluppfyllelse avseende påbörjade rehabiliteringsinsatser på 96-98 %. Hembesök till nyfödda uppfylldes till 83 % inom BVC, vilket ligger över godkänd nivå.

Kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Verksamheterna använder landstingsgemensamma och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Samtliga yrkeskategorier deltar i olika fort- och utbildningsaktiviteter. Enheterna har arbetat med färdigställande av vårdprocesser för stora diagnosgrupper. Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagande och vården för

multisjuka äldre, demensvård, psykisk ohälsa, handläggning av patienter med artros och undernäring hos äldre. Vårdcentralerna har fortsatt arbeta med suicidprevention.

3.2 Psykiatri

Våren 2016 tillskapades inom SLSO Verksamhetsområde (VO) Psykiatri, ett sammanhållet verksamhetsområde för patienter i alla åldrar där barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri ingår. Den nya organisationen har etablerat ett ledningsstöd med uppgift att stötta verksamhetsområdesledningen i det övergripande gemensamma arbetet och stötta verksamheterna i att effektivt öka patientsäkerheten. Åtgärder som genomförs utifrån identifierade brister i en verksamhet kan med stöd av ledningsstödet genomföras i andra verksamheter där den bristen ännu inte uppmärksammas. Goda exempel sprids och patientsäkerhetsarbetet kommer fler patienter till del.

I verksamhetsområde Psykiatri ingår BUP Öppenvård, BUP Helydgvård, Psykiatri Nordväst (PNV), Norra Stockholms Psykiatri (NSP), Psykiatri Södra Stockholm (PSS), Psykiatri Sydväst (PSV), Psykiatricentrum Södertälje (PCS), Rättspsykiatri Vård Stockholm (RPV), Beroendecentrum Stockholm (BCS) och Stockholms Centrum för ätstörningar (SCÄ). Vidare ingår Centrum för Psykiatriforskning (CPF) i verksamhetsområdet. Såväl Modulstöd som Utvecklingscentrum (UC) inom CPF är en resurs i verksamheternas systematiska förbättringsarbeten av vård, behandling, ledarskap och organisation.

Övergripande patientsäkerhetsarbete

I verksamheterna pågår ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete där det interna patientsäkerhetsarbetet är organiserat på likvärdigt sätt. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten, ofta med hjälp av en chefsöverläkare. Därefter vilar ansvaret på sektions- och enhetsnivå samt medicinskt ledningsansvariga överläkare. En patientsäkerhetsorganisation med särskilt utsedd patientsäkerhetssamordnare och minst ett patientsäkerhetsombud per enhet bistår chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor och bidrar till att sprida en god patientsäkerhetskultur.

Verksamhetens analysgrupp diskuterar och handlägger patientsäkerhetsfrågor på klinikövergripande nivå och rapporterar till ledningsgruppen. SLSO:s verksamhetsplan, verksamhetens styrkort, kontroll- och uppföljningsplaner reglerar ledningsgruppens uppföljning. Patientsäkerhetsombuden träffas vid gemensamma möten i syfte att öka kunskapen om vikten av patientsäkerhetsarbete och förtydliga hur rapportering och uppföljning ska ske. En halv utbildningsdag har genomförts för patientsäkerhetsombud som bland annat berörde juridiska aspekter av patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelse rapporteras i systemet HändelseVis, analyseras och vid behov genomförs en intern utredning, händelseanalys och/eller riskanalys. Avvikelse tas upp på arbetsplatsträffar och ibland i ledningsgrupper och kan leda till nya eller förändrade rutiner. En ny mall och instruktion för internutredningar vid allvarliga vårdskador eller brister i säkerheten har införts. Verksamhetens medarbetare som övergripande arbetar med patientsäkerhet, kompetensutvecklas inom risk- och händelseanalys. Riskanalyser görs vid planerade organisationsförändringar eller vid identifierade risker för patienter, miljö eller medarbetare. I psykiatrins slutenvård görs riskanalyser inför varje sommar som resulterar i handlingsplaner för att säkerställa patientsäkerheten under sommarperioden. Ett analysteam kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal, fackliga företrädare, personalhandläggare, patientsäkerhetshandläggare och brukarinflytandesamordnare (BISAM). Händelseanalys görs vid särskilda

avvikelser/händelser. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

Ett patientsäkerhetsnätverk för de psykiatriska verksamheterna med start 2015, hade en utbildnings- och erfarenhetsutbytesdag i maj. Patientsäkerhetsarbetet inom olika verksamheter presenterades och representanter för IVO deltog del av dagen. Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. Medarbetare har beretts möjlighet att genomgå SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet antingen individuellt eller i grupp. Chefer har kunnat delta vid SLL:s Patientsäkerhetsutbildning för chefer.

För 2016 har SLSO:s styrelse beslutat att varje resultatenhet ska göra en egen handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet baserad på en riskanalys där patientsäkerhetsrisker och åtgärder fastställs. I en egen patientsäkerhetsberättelse sammanfattar varje verksamhet sitt patientsäkerhetsarbete under året.

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete

Nedan beskrivs utdrag ur verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser.

I september 2016 delades BUP Stockholm upp i två verksamheter; BUP öppenvård och BUP heldygnsvård. Runt 21 450 patienter hade kontakt med de två verksamheterna med cirka 175 700 öppenvårdsbesök och 5 530 vård dygn i slutenvård. BUP:s gemensamma handlingsplan för 2016 omfattade fortsatt utveckling av patientsäkerhetsarbetet. I denna ingick förbättrad samverkan med patienter, anhöriga och andra organisationer, ytterligare säkra BUP-interna och externa vårdkedjor inklusive kommunikationen avseende patienter i vårdkedjorna, tydliggöra och ensa uppföljning av insatta läkemedel, fortsatt fokus på riskförebyggande arbete och formalisering av läkares medverkan i det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

PNV genomförde en händelseanalys av de avvikelser där det brustit i den formella handläggningen vid vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Fyra områden med brister identifierades: kunskap om LPT, kommunikation LPT-beslut, avsaknad av delar i arbetsbeskrivning och avsaknad av delar i introduktion för jourer. Åtgärdsplan är framtagen och arbetet är påbörjat. I ett pilotprojekt har PNV använt markörbaserad journalgranskning (MJG) som metod för egenkontroll för att identifiera vårdskador. Projektet avslutas under januari 2017 med sammanställning och rapport. En ny modell för internutredningar vid allvarliga vårdskador eller brister i säkerheten har införts.

På NSP finns ett revisionsråd som genomför journalrevisioner och rapporterar dessa till klinikledning och berörd enhet. Statistik följs bl.a. avseende dokumentation av suicidriskbedömningar, vårdplaner, LPT dokumentation samt uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. En förbättring noterades avseende kvaliteten på de dokumenterade uppföljningssamtalen efter tvångsåtgärd. Fortsatt har verksamheten fokus på utbildningsinsatser inom suicidpreventivt arbete samt hot- och våldsprevention. Fokus för det kommande året blir att implementera rutin för våldsriskbedömning och förbättra kvaliteten på strukturerade suicidriskbedömningar.

PSS har ökat andelen riskrapporter i förhållande till rapporter om tillbud och negativa händelser. Regelbunden rapportering med samlad bedömning har skett vid gemensamma chefsmöten. Via utbildningar och föreläsningar på enheterna sprids medvetenhet om riskbilder. Ett vetenskapligt projekt genomfördes av en läkare under specialistutbildning (ST-läkare) för

fördjupad kunskap om avvikelser i verksamheten. Detta blir grund för prioritering av förebyggande åtgärder under 2017. "Mind the Gap" är ett samverkansavtal som hanterar riskerna vid övergång mellan PSS heldygns- och öppenvård och Capios psykiatriska mottagningar.

Ett övergripande mål för PSV har varit att införa en processorganisation som tillhandahåller strukturerade behandlingsprogram inom olika diagnosgrupper. Detta i syfte att skapa bättre förutsättningar för säker, effektiv och jämlik vård och behandling, baserad på kliniska riktlinjer och vetenskaplig evidens. Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet har liksom tidigare år lagts på förebyggande insatser i form av riskrapportering, riskanalyser, riskbedömning avseende trycksår och fallrisk samt riskbedömning för suicid. Arbetet har också inriktats mot förbättrad avvikelshantering, journaldokumentation och informationsöverföring. Rapporteringen av risker och avvikelser har minskat något medan handläggningstiden av rapporterna har blivit kortare jämfört med 2015.

PCS:s övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet har varit att öka kunskapen om patientsäkerhet, förmågan att identifiera risker och påbörja preventivt patientsäkerhetsarbete inom hela personalgruppen. Analysgruppen har utökats och omfattar nu även de båda sektionscheferna. Exempel på generella åtgärder som genomförts är förbättrade fönsterlås, rymningsskydd på balkonger, väggfasta duschar, införande och förtydligande av uppdrag och samarbetsformer samt utbildningsinsatser.

På RPV startades utbildning av personal som ledsagar patienter utanför sjukhuset. Många patienter är överviktiga och får komplikationer pga. stillasittande, felaktiga kostvanor och i vissa fall beroende på biverkningar av läkemedel. Vid journalgranskning framkommer att BMI finns dokumenterat på 97 % av klinikens patienter. En arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor kommer under 2017 utveckla hälsofrämjande åtgärder. Antalet tvångsåtgärder har minskat under året. Det finns ett strukturerat samarbete med Patientnämnden, med regelbundna möten med klinikledningen för diskussion av inkomna klagomål och samarbetet avseende stödpersoner. Klinikledningen har under året föreläst för stödpersoner på Patientnämnden.

Inom BCS:s öppenvårdssektioner ökade antalet avvikelserapporter vilket ses som en positiv utveckling av patientsäkerhetskulturen. En fördjupad granskning av inrapporterade avvikelser resulterade i fjorton anmälningar enligt lex Maria, var av sju i samverkan med annan verksamhet. Fokus på smittskydd har bland annat resulterat i en ny rutin och verksamhetsuppföljning för hepatit A och B vaccinationer. På Maria Ungdom har behovet av tolk överstigit de tillgängliga resurserna. För att kunna hantera det patientnära arbetet har personalen som ett komplement börjat kommunicera via bilder, beskrivande kort och tavlor. För att minska risken för långa utredningstider vid basutredning infördes ökad kontroll av bedömningsärenden på enheten Unga Vuxna. Ett projektarbete på enheten MiniMaria - *Växa och må bra* – syftar till att öka brukarmedverkan och anhöriginflytande.

SCÄ har haft få klagomål från patientnämnden och ingen anmälan enligt lex Maria. En medicinsk mottagning har startats för att öka den somatiska patientsäkerheten. På barnsidan startades ett bedömningsteam för alla nya patienter för ett snabbare och säkrare omhändertagande. För att höja patientsäkerheten infördes MAL-funktion (medicinskt ansvarig läkare) med en MAL för vuxna patienter och en för barn- och ungdomar. Dessa har övergripande patientsäkerhetsansvar.

Strukturerad journaldokumentation

Nästan all dokumentation inom vuxenpsykiatri har överförs till systemgemensamma mallar. Den strukturerade dokumentationen används i utdata och i översiktsvyer i journalsystemet, för att ge stöd för god och säker vård. På psykiatriska länsakuten har införts strukturerad dokumentation av suicidriskbedömningsinstrumentet C-SSRS, vilket används under alla ankomstsamtal. Under 2016 har breddinförande inletts av integrationen mellan journalsystemet och kvalitetsregistren BUSA, PsykosR och Bipolär. Integrationen utgår från en strukturerad årskontroll för patienter med långvarig kontakt inom psykiatri. Vid årets slut hade 20% av patienterna i målgruppen en aktuell årskontroll och på de kliniker som kommit längst var andelen 40%. Inom RPV sker dokumentationen vid användningen av riskbedömnings- och vårdplaneringsinstrumentet START i webbformulär som skapar en strukturerad journalanteckning. Detta har nu kompletterats med instrumentet "START utvärdering".

Samverkan

Det pågår en övergripande samverkan mellan SLL och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och eller missbruk och beroende. Under året tillkom en regional arbetsgrupp i syfte att stödja regional samverkan och implementering av regionala överenskommelser. På kommun/stadsdelsnivå finns skriftliga samverkansöverenskommelser mellan psykiatri och kommuner/stadsdelar. Den regionala vägledningen för samordnad individuell plan (SIP) har reviderats under året och beräknas vara klart våren 2017. I samband med detta utvecklas ett nytt utbildningsmaterial, ny patientinformation och en ny mall för SIP. SIP används i allt högre utsträckning inom BUP för att säkra att specifika patienter får den vård och det stöd de behöver, från vård, skola och socialtjänst.

Arbete pågår för att förbättra samverkan mellan psykiatri och andra vårdgrenar. Tillsammans med primärvården pågår ett projekt för ömsesidig konsultation. Psykiater ger konsultation till husläkare för att stärka första linjens psykiatri på vårdcentralen. Husläkare träffar tillsammans med psykiatrisk personal psykiatriskt långtidssjuka patienter som har behov av somatisk vård. I ett annat projekt har psykiater deltagit i bedömningar på smärtmottagning för patienter med långvarig smärta och samsjuklighet. Ytterligare ett projekt, *Psykisk ohälsa i somatik* inom SLL:s arbete med patientprocesser, leds av psykiatri med mål att patienter med samtidig psykisk och kroppslig sjukdom ska få adekvat omhändertagande och behandling i hela vårdkedjan. Det finns utvecklade och aktiva samarbetsformer med externa partners såsom kommuner, Försäkringskassa och Arbetsförmedling.

Patienters och närståendes delaktighet

Inom verksamheterna sker kontinuerligt samarbete med patientorganisationer. Brukarinflytandesamordnare (BISAM) utvecklar nya former för delaktighet och inflytande för patienter och närstående. Tre verksamheter har en BISAM-funktion. Även centralt inom VO Psykiatri finns en motsvarande funktion. Pilotprojekt har genomförts i två verksamheter avseende funktionen medarbetare med brukarerfarenhet (MB). MB arbetar med aktiviteter för patienter på avdelningar och mottagningar som ett komplement till omvårdnadspersonal. De olika funktionerna har olika uppdrag men samarbetar i fler frågor.

Vid varje utskrivningstillfälle från heldygnsvården erbjuds patienter att besvara en enkät om vården på avdelningen. Resultaten finns anslagna på respektive avdelning samt på verksamhetens interna och externa hemsida. Verksamheterna har ett kontinuerligt och strukturerat samarbete med olika patient-, brukar- och närståendeföreningar och 36 av 54

avdelningar har patientforum i heldygnsvård. Minnesanteckningar från forummöten används som underlag för verksamheternas förbättringsarbete. I öppenvården finns samrådsgrupper där patienter kan framföra frågeställningar, förbättringsförslag och synpunkter. I flera verksamheter inleds arbeten kring personcentrerad vård och olika former av patientriktade beslutsstöd. Det genomförs olika pedagogiska insatser i form av utbildningar till patienter och närstående.

Förebyggande av självmord (suicidprevention)

Hälso- och sjukvårdspersonal utbildas kontinuerligt i att genomföra suicidriskbedömning. I journalsystemet finns stöd för dokumentation av strukturerade suicidriskbedömningar som följs fortlöpande genom journalgranskning. Uppföljning av patienter med förhöjd självmordsrisk görs enligt lokala rutiner. Suicidpreventionsgrupper tar fram underlag till preventiva åtgärder. Grupperna stöder även berörd personal efter patienters självmord. Samtliga självmord i anslutning till vården blir föremål för intern utredning och anmäls till IVO enligt lex Maria. Närstående bereds möjlighet att lämna synpunkter som ett värdefullt bidrag till utredningen, de erbjuds även individuellt stöd. När utredningen påvisar brister leder detta till förbättringsåtgärder. I de fall där patienter haft kontakt med flera enheter inom SLSO utreds händelsen gemensamt, vilket främjar patientsäkerhet och samverkan.

Psykiatriska akut mobiliteten (PAM) är ett utryckningsfordon som infördes som projekt 2015 i syfte att ge snabba insatser vid akut psykisk ohälsa med högsta prioritet på suicidprevention. Fordonet är knutet till Stockholms läns psykiatriska akutmottagning på NSP, men har hela Stockholms län som arbetsområde. Precis som ambulanser larmas PAM via SOS Alarms telefonnummer 112. Projektet har under året permanentats och är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet i Stockholms län.

Tvångsvård

Under hela 2016 har ett intensivt förbättringsarbete kring tvångsvården skett inom hela VO Psykiatri och framför allt inom BUP, dels utifrån handlingsplanen "Rätt använd Tvångsvård", dels i relation till patientsäkerhetsrelaterade avvikelser och IVO:s tillsyn. Ett särskilt ledningssystem för tvångsvård har utvecklats för att vården ska ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Ledningssystemet ska bl.a. säkerställa att verksamhetschefer fortlöpande följer upp tvångsvården samt att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses. Ledningssystemet för tvångsvård har utformats så att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder kan granskas och begränsas. Det innebär att VO Psykiatri stärker systematiken i att upptäcka, åtgärda och förhindra återupprepning av brister i vården.

Under 2016 har fokus även varit på att förbättra kvaliteten på tvångsvården liksom patientens upplevelser av tvångsvård och tvångsåtgärder. VO Psykiatri LPT/LRV-controllergrupp har arbetat med att utveckla och utvärdera rapporter som underlättar och säkerställer verksamheternas egenkontroll. Vid samtliga aktiviteter har brukar- och närståenderepresentanter engagerats.

VO Psykiatri har gemensamma journalmallar för dokumentation av beslut enligt LPT och LRV, som kontinuerligt uppdateras av en gemensam arbetsgrupp. Detta ger enhetlighet beträffande rutiner för dokumentation och en hög grad av samsyn vad gäller tolkning av lagkrav. Verksamheternas LPT-controllers säkerställer att dokumentationskraven efterlevs. Lagändringar bevakas och medarbetare utbildas kontinuerligt. För komplicerade frågor och

samsyn kring tvångsvård sker regelbundna möten mellan de psykiatriska verksamheternas chefsöverläkare, SLSO jurist och chefläkare.

Hot och våld

Hot och våld är en påtaglig riskfaktor, framförallt inom psykiatrisk slutenvård. En kultur med förebyggande av hot och våld är viktigt för att minimera behov av tvångsåtgärder. Då behov av tvångsåtgärder förekommer skall utförandet genomföras så säkert och skonsamt som möjligt. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen (BM) sedan 2005. Runt fyra tusen medarbetare har utbildats i modellen. Kursen innehåller kunskaper i LPT, vilka faktorer som leder fram till våld och hur rätt bemötande minskar risken samt hur våld skall hanteras och följas upp. SLSO utbildar egna kursledare i BM, för närvarande finns 80 kursledare. Under året har en utbildning i BM för chefer genomförts som pilot på NSP och BCS för att öka kunskapen i alla led. Denna föll väl ut och kommer att erbjudas övriga kliniker framöver.

Regionala vårdprogram

Regionala vårdprogram i SLL utgör en viktig kunskapsgrund och ett stöd för evidensbaserad handläggning av patienter. Verktuget www.psykiatristod.se erbjuder en uppdaterad och ständigt tillgänglig version av aktuella vårdprogram och omfattar följande områden: ADHD, Alkoholberoende, Autismspektrumtillstånd, Bipolär sjukdom, Depression, Lindrig utvecklingsstörning, Läkemedelsberoende, Narkotika och dopning, Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Suicidnära barn och ungdomar, Suicidnära patienter, Ångestsyndrom och Åtstörningar. Ett nyttillkommet område är EIPS (Emotionellt instabil personlighetsstörning). Implementering fortgår av det regionala vårdprogrammet Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod, med stort fokus på samverkan mellan psykiatri och mödravård, förlossningsvård och primärvård.

Standardiserade vårdprocesser

För att säkerställa säker och jämlik vård av hög kvalitet pågår sedan 2015 ett arbete med att utveckla och införa vård enligt standardiserade vårdprocesser. Standarderna är utvecklade för de vanligaste psykiatriska diagnoserna och beskriver den vård och information som ska ges samt lämpliga mätetal för kontinuerlig uppföljning. Under 2016 har arbetet fortsatt med både utveckling och implementering av standarder för ytterligare fyra diagnoser vilket innebär att det finns standarder för nio diagnoser i öppen- och heldygnsvård. Samtliga vårdprocesser har 2016 följts upp genom besök av VO-ledningen i alla verksamheter, i syfte att säkerställa följsamhet och uppnå ständiga förbättringar. Årlig revidering av standarderna baserat på senaste evidens har genomförts enligt riktlinjer för processarbetet. Under 2017 fortsätter arbetet med att vidmakthålla arbetssättet och utveckla en standard för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Framtagande av informationsmaterial riktat till patienter om de standardiserade vårdprocesserna fortgår.

Övrigt förbättringsarbete inom psykiatri

Arbetet fortsätter med konceptet ”Frigör tid till vård” (FTV), framtaget av NHS (Nationell Health Service) i England. Syftet med FTV är att personalen systematiskt ska arbeta igenom vårdavdelningens olika processer med stöd av särskilda manualer för att leverera säker och effektiv vård med tydligt patientfokus. FTV presenterades vid den nationella patientsäkerhetskonferensen.

Ytterligare ett antal vårdavdelningar har introducerat ”Lugna rummet” dit patienter kan gå för att få lugnande sinnesstimulering. För närvarande har 13 avdelningar startat lugna rum och 6

rum är i olika fas av implementering. Inom framtidens hälso- och sjukvård (FHS) planeras lugna rum in på nya avdelningar. Erfarenheterna visar att "Lugna rummet" kan bidra till patientsäkerhet i en vidare bemärkelse, då det för många patienter har fungerat väl för primär och sekundär prevention av tillstånd som stress, ångest och sömnproblem.

"Självvald inläggning" är ett koncept som startade med piloter inom psykosvården på NSP och PSS samt inom ätstörningsvården på SCÄ. I samband med det startades ett forskningsprojekt. Projektet vidgades till att omfatta även en avdelning på PNV. Målsättningen är att ge patienterna större inflytande över sin vård och att studera hur det påverkar sjukdomsförloppet. NSP har även startat ett projekt riktat till emotionellt instabila personlighetsstörningar.

Kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) införs sedan flera år succesivt inom flera verksamheters heldygnsvård och jourmottagningar. Syftet med SBAR är att skapa en struktur för säker muntlig kommunikation och informationsöverföring. Inom verksamheterna finns barnsamordnare som arbetar med att tillgodose barns behov av information, råd och stöd när barnets vårdnadshavare lider av psykisk ohälsa eller oväntat avlider. Riskronder genomförs då representanter från ledningen besöker enheter och mottagningar och diskuterar frågor som berör patientsäkerhet.

Under 2016 inleddes ett projekt för att utveckla vården för patienter under 25 år inom VO psykiatri. Genom att ta vara på de nya möjligheterna inom ett nytt VO vill vi skapa en mer evidensbaserad, tillgänglig och jämlik vård för de unga patienterna.

Under augusti 2015 publicerades konceptprogrammet "Lokaler för God Vård Psykiatrisk Heldygnsvård". Detta togs fram av Locum AB i samverkan med SLSO, patienter och närstående för att användas som underlag vid nybyggnation och upprustning av vårdlokaler. Det planeras bl.a. fler enkelrum som bidrar till ökad säkerhet, trygghet, integritet och minskad smittspridning. Utifrån programmet har ombyggnation av vårdavdelningar påbörjats på PSV.

Remissportaler har införts i verksamheterna för en gemensam ingång för alla remisser i syfte att erbjuda en likvärdig bedömning och erbjuda rätt vårdnivå. Patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar har uppmärksammats och ett VO gemensamt utvecklingsarbete pågår. Projekt för implementering av personcentrerad vård har påbörjats vilket förväntas leda till bättre kännedom om patientens specifika problem, behov och resurser. Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister som Bipolär, ECT-registret, PsykosR, BUSA, SBR, LAROS, Q-BUP, RättspsyK och RIKSÄT.

3.3 Geriatrik, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och somatisk specialistvård

Geriatrik

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker, Danderydsgeriatriken, Jakobsbergsgeriatriken och Stockholmsgeriatriken. Alla medarbetare ska ha grundläggande kunskap om patientsäkerhet. Målsättningen är att utveckla vården och skapa en säkerhetskultur som motiverar alla medarbetare till ökad rapportering av tillbud och negativa händelser. Ledningens engagemang krävs därför på alla nivåer. Riskbedömningar och åtgärdsplaner avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa genomförs. Ett kontinuerligt arbete pågår för att öka rapporteringen i avvikelshanteringssystemet. Vidare sker ett arbete för att implementera föreslagna förbättringar och kunna utvärdera effekterna av förbättringarna. Verksamheterna samverkar

med andra aktörer för att uppnå ett bättre samarbete, med kommunal omsorg, primärvård samt annan slutenvård.

Inom verksamheterna finns ett verktyg för uppföljning av process- och resultatmått. Processområdena är bl.a. fallskador, trycksår, undernäring och multisjuklighet. Arbetet pågår i olika grupper, patientsäkerhetsgrupp inom Stockholmsgeriatriken, verksamhetsråd inom Jakobsbergsgeriatriken samt patientsäkerhetsråd inom Danderydsgeriatriken. Dessa olika grupper träffas regelbundet och utför ett strukturerat arbete med att återföra identifierade risker och föreslagna åtgärder till medarbetarna och chefer inom verksamheten. Riskronder genomförs regelbundet för att utforma handlingsplaner och utse ansvariga. Handlingsplanerna följs upp

Inom Jakobsbergsgeriatriken har man drivit några större projekt; Vårdplaneringsprocess för säker utskrivningsprocess och förbättrad arbetsmiljö, öppen utskrivning, geriatrisk mottagning samt delaktighet genom hela vårdtillfället.

ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra

Båda verksamheterna har en patientsäkerhetsgrupp som träffats regelbundet. Representanterna i gruppen verkar inom sina respektive team/avdelningar för att främja patientsäkerheten. På både ASIH Norr och Södra har man uppdaterat introduktionschecklistor för att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om patientsäkerhetsarbetet. På alla enheter finns ett strukturerat arbete kring risker och avvikelser, och ett förbättringsarbete utifrån rapporteringen. Under 2016 har riskveckor genomförts för att betona vikten av proaktivt patientsäkerhetsarbete. Inom ASIH Norr har antalet inrapporterade avvikelser ökat under 2016, vilket var ett mål. Samtliga medarbetare på ASIH Norr har tagit del av ett utbildningsmaterial om patientsäkerhet. Eftersom patientgruppen ofta har komplex läkemedelsbehandling och risker kring läkemedel är vanliga, pågår ett samarbete mellan patientsäkerhetsgruppen och läkemedelsgruppen. Ett antal konkreta åtgärder har genomförts. Andelen negativa händelser vid den palliativa vårdavdelningen domineras av fallolyckor och arbete med att förebygga fall pågår. Ett omfattande arbete har inletts under 2016 gällande riskbedömningar såsom munhälsa, nutrition, fallrisk och trycksår. Resultatet av riskbedömningen ska leda till en aktivitetsplan. Arbetet bedrivs i projektförm i samarbete mellan ASIH Norr och ASIH Södra och fortsätter under 2017.

En viktig förutsättning för patientsäker ASIH-vård är funktionen hos telefoni, fordon och fördelning av personal på jourtid. Under året har man vidtagit flera förändringar i avsikt att säkra rutiner kring detta.

Team Äldredoktorn

Team Äldredoktorn utför läkarinsatser inom särskilt boende. Man strävar efter ökad användning av avvikelshanteringssystemet Händelsevis. Alla avvikelser/incidenter kommuniceras vid läkarmöten som leder till förbättringsarbete. Övergripande mål och strategier är minskade läkemedelsrelaterade problem, minskad användning av lugnande läkemedel till patienter med oro och utåtagerande beteende, minska om möjligt antal vårdperioder/besök på akutsjukhus. Arbete med att stärka samverkan med andra aktörer t.ex. kommunal omsorg och slutenvård för att förebygga vårdskador i vårdens övergångar pågår. Införande av patientenkäter via surfplatta har påbörjats.

3.4 Habilitering och Hälsa

Habilitering och hälsa är en länsövergripande verksamhet, som ger stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar och deras närstående.

Organisation av patientsäkerhetsarbetet

Verksamhetsområdeschef samordnar patientsäkerhetsarbetet och respektive verksamhetschef är ansvarig för patientsäkerheten inom resultatenheten. Det finns två patientsäkerhetssamordnare som följer arbetet samt utvärderar organisationens patientsäkerhetsarbete, genom att sammanställa och analysera statistik två gånger/år och presentera för ledningen. På varje enhet finns ett patientsäkerhetsombud vars uppgift är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet. Resultaten följs upp inom varje enhet. Man återför kunskap om vidtagna åtgärder genom "Månadens avvikelser" som presenteras på lokalt intranät samt på APT och ledningsgrupper. Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga tas om hand, för sedvanlig hantering inom verksamhetsutvecklingen. Dessa synpunkter ses som värdefulla för verksamheten. Man har ökat fokus på patientsäkerhetskulturen och ökar samverkan inom hela verksamhetsområdet.

Utbildning

Nyanställd personal får utbildning i patientsäkerhet under en introduktionsdag. Patientsäkerhetssamordnare har deltagit i nationell patientsäkerhetskonferens. Nya ombud har deltagit i en halvdags utbildning om patientsäkerhet. 290 medarbetare har gjort e-utbildningen i patientsäkerhet vilket innebär ca 36 %. Målet var 70 %.

Risk-och avvikelserapportering, händelseanalys

Habilitering och hälsa har under 2016 uppmärksammat och rapporterat in 528 avvikelser. Av dessa var 167 risker, 257 tillbud och 104 negativa händelser. 158 avvikelser gällde väntetid på habiliteringens insatser. De tre största problemområdena var tillgänglighet, dokumentation/informationsöverföring och behandling/omvårdnad. Under 2016 färdigställdes en händelseanalys efter en allvarlig vårdskada som inträffade 2015. Under slutet av 2016 påbörjades ännu en händelseanalys.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Habilitering och Hälsas patientgrupp har ofta behov av insatser från olika vårdgrenar samt samhällets stödfunktioner. Ett antal projekt för att stärka samarbetet har genomförts och fortsätter. Detta gäller t.ex. övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård, samverkan med primärvården, kommunal hälso-och sjukvård och vuxenpsykiatri.

Risk/konsekvensanalyser

Under 2016 har flera risk-/konsekvensanalyser gjorts med anledning av omorganisationen i verksamheten. Analyserna har gjorts utifrån perspektiv på arbetsmiljö och patientsäkerhet. Patientföreningar har involverats.

3.5 Stockholms syncentral

Verksamheten har patientsäkerhetssamordnare. Avvikelseberättelserna och kunskapen om patientsäkerhetsarbetet fortsätter att öka. Dock är det få rapporterade avvikelser under 2016. Samverkan på flera nivåer har lett till förbättringar i hanteringen och rutinerna kring hjälpmedelsprocesserna. Samverkan mellan olika verksamheter underlättar att patient/brukare får korrekt information. Remisshanteringens processer har efter samlokaliseringen säkerställt en snabbare och mer patientsäker hantering. Bristerna kvarstår tyvärr när det gäller

ofullständiga remisser även om de minskat under 2016. Syncentralen har haft direktkontakt med respektive remittent för information.

3.6 Hjälpmedel Stockholm

Ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är verksamhetschefen. Verksamheten har en patientsäkerhetssamordnare som arbetar med produktavvikelser och medicintekniska avvikelser som gäller medicintekniska hjälpmedel. Verksamheten har under 2016 involverat medarbetarna mer i patientsäkerhetsarbetet genom att varje sektion har ett patientsäkerhetsombud. Ärendena omfattar produktavvikelser och allvarigare ärenden som kan leda till medicinteknisk avvikelse eller anmälan enligt lex Maria. Reklamationer och avvikelse handläggs av två reklamationssamordnare och grupperna samarbetar med varandra. Patientsäkerhet finns med som en egen del i verksamhetens introduktionsprogram till ny personal och patientsäkerhetssamordnare ansvarar för intern utbildning i patientsäkerhet. Verksamheten samverkar med Habilitering och Hälsa samt med Syncentralen för att säkerställa vårdprocesser. Man samverkar också med Läkemedelsverket, IVO och leverantörer.

3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)

Centrum för arbets- och miljömedicin arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. I arbetet ingår även individuella patientutredningar relaterade till miljön. Det finns en mottagning för arbets- och miljömedicinska sjukdomar i allmänhet och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar (Hudallergimottagningen). För att definiera rutiner och säkra kvaliteten i patientarbetet finns rutiner för mottagningsarbetet dokumenterade i en webbaserad metodbok och verksamheten följer gällande hygienregler. Resultat rapporteras till nationella kvalitetsregister. En ny patientenkät har genomförts för att mäta bland annat patientnöjdhet, mottagande, information, och i vilken mån utredningarna vid CAMM leder till konkreta åtgärder på arbetsplatserna. Under 2016 bearbetades svaren. Det var 64 procent av patienterna som var nöjda eller mycket nöjda med utredningen på arbets- och miljömedicinska mottagningen. På Hudallergimottagningen var motsvarande andel 69 procent. Den fullständiga sammanfattningen av enkäten finns att läsa eller ladda ner på hemsidan.

3.8 Centrum för reumatologi samt Centrum för cancerrehabilitering

Båda verksamheterna har startat under senare delen av 2016, varför ingen redovisning sker här.

4. Övergripande strategier och mål för 2017 och kommande år

SLSO:s långsiktiga strategi när det gäller förbättrad kvalitet- och patientsäkerhet är fokuserad på utveckling och införande av evidensbaserade, standardiserade, säkra och värdeskapande patientprocesser. Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2017 och bedrivs med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador. Även 2017 ska SLSO:s samtliga resultatenheter genomföra riskanalys och upprätta handlingsplan för patientsäkerhet och skriva patientsäkerhetsberättelse.

Avgörande för säker vård är medarbetarnas värderingar, attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet, d.v.s. patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Den senaste mätningen av patientsäkerhetskulturen inom SLSO med den nationella patientsäkerhetskulturenkäten genomfördes 2014. Under 2017 kommer en ny sådan mätning att genomföras. SLSO genomför

också sedan flera år en mindre omfattande mätning av patientsäkerhetskulturen i samband med den årliga medarbetarenkäten. SLSO:s verksamheter kommer fortsätta arbetet med förbättringsåtgärder utifrån resultatet av dessa mätningar.

Risikanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna ska fortsätta att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Riskanalys inleder också arbetet med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.

SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet kommer fortsätta att utvecklas och förädlas bl.a. genom det fortsatta breddinförandet av dokumenthanteringssystemet "Dokumenta" och fortsatt utveckling av egenkontroll.

God tillgänglighet är viktigt för patientsäker vård och är ett prioriterat förbättringsområde. System och metoder ska fortsätta att utvecklas, bl.a. genom e-hälsotjänster via internet.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet 2017

- Samtliga resultatenheter inom SLSO ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse/handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Uttagna antibiotikarecept/1000 listade patienter inom SLSO husläkarverksamheter ska vara mindre än 159.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara lägre än 5,8 %, vid punktprevalens mätning våren 2017 (PPM VRI 2017).
- 30 dagars återinläggningsfrekvensen inom slutenvården för patienter 65 år och äldre ska vara lägre än 13%.

SLSO:s resultatenheter fortsätter under 2017 det långsiktiga och tålmodiga förbättringsarbetet inom för respektive verksamheten relevanta patientsäkerhetsområden, såsom avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering, riskanalys, vårdrelaterade infektioner (VRI), basal handhygien och klädregler (BHK), läkemedel, trycksår, undernäring, fall, suicidprevention och informationsöverföring/kommunikation internt och externt.