Anmälan av Kvalitetsbokslut 2018

Anmälan överlämnas till styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom.

Kvalitetsbokslut
2018





Stockholms läns sjukvårdsområde

Hälso- och sjukvård i landstingets regi

En vanlig dag besöker...

6 700 personer våra läkare och distriktssköterskor på vårdcentralerna
2 800 personer våra vuxenpsykiatriska mottagningar
2 400 personer våra primärvårdsrehabiliteringar
2 100 personer våra barnmorske- och BVC-mottagningar
1 400 personer våra mottagningar inom beroendevården
680 personer våra barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar
630 personer våra mottagningar inom Habilitering & Hälsa
520 personer våra kuratorer eller psykologer i primärvården

En vanlig dag...

gör vi dessutom **4 000 sjukvårdsbesök** hemma hos patienter
har vi läkaransvar för **3 100 personer** i särskilda boenden
vårdar vi **800 personer** i olika former av vuxenpsykiatrisk heldygnsvård
vårdar vi **600 personer** inom den avancerade sjukvården i hemmet
vårdar vi **210 personer** i geriatrisk heldygnsvård

Innehåll

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård 2–17

Ohälsosamma levnadsvanor fångas upp i primärvården 2
Välbehandlad diabetes motverkar följdsjukdomar 4
Dokumenterad kroppsvikt vid artros samt smärtskattning inom primärvårdsrehabilitering 6
Stöd till blivande och nyblivna mödrar 9
Behandlingsresultat och vårdkvalitet i psykiatrin 10
★ KIND får priset ”Årets ljus” 13
Uppföljning av diagnosgrupper inom geriatriken 15
Habilitering & Hälsa utreder och förebygger 16

2. Säker hälso- och sjukvård 18–25

Engagerade medarbetare skapar säker vård 18
Säker läkemedelsanvändning på vårdcentralerna 19
Fallriskbedömning inom primärvårdsrehabilitering 21
Överbeläggningar inom psykiatrisk heldygnsvård 22
Bedömning av suicidrisk viktig inom psykiatrin 22
Patientsäkerhet inom geriatriken 24

3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård 26–37

Tidig kontakt med barnhälsovården 26
Hot och våld 29
Mansmottagningarna ökar patienters kunskap om kondomer 29
★ Guldstjärna till Stockholms mansmottagning gott bemötande 29
Psykiatrins patienter tillfrågas om vad de tycker om vården 30
★ Beroendecentrum fick hederspris 31
Patienterna inom ASIH tillfrågas om vården 33
Webbaserad enkät inom geriatriken 34
★ Funktion i fokus vann Publishingpris 2018 36
Delaktighet och medskapande inom Habilitering & Hälsa 37

4. Effektiv hälso- och sjukvård 38–51

Diagnostik inom primärvården 38
Vårdcentralerna följer upp hjärtsvikt 40
Planering och utvärdering i samråd med patienten 41
Planering och utvärdering inom psykiatrin 42
Psykiatrin ansvarar för att ge tvångsvård med god kvalitet 43
Bedömning och utvärdering inom barn- och ungdomspsykiatrin 48
Planering och utvärdering inom habilitering- och hjälpmedelsverksamheterna 51

5. Jämlik hälso- och sjukvård 52–57

Genusperspektiv på primärvårdens arbete 52
Jämlikhetsperspektiv inom psykiatrin 55
Höftledsbrott vanligare bland kvinnor 56

6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid 58–65

God telefontillgänglighet är viktigt 58
Vårdgarantin prioriterad i alla vårdgrenar 59
Värdefullt med snabb rehabilitering 61
Kort väntetid ett mål för psykiatrin 62
Kort väntetid ett mål för hjälpmedelsverksamheterna 64

7. Bilagor 66–75

Bilageförteckning 66

Vanliga förkortningar 77

★ **Exempel på gott utvecklingsarbete.**

Rätt vård när och där du behöver

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) erbjuder hälso- och sjukvård i livets alla skeden. Vi är många människors första kontakt med sjukvården.

Det ska gå snabbt att få rätt hälso- och sjukvård hos oss. Att bli sedd och hörd är viktigt, både som patient och närstående. Vi ansvarar för delar av hälso- och sjukvården utanför akutsjukhusen i Stockholms län. SLSO är en av Sveriges största vårdgivare och varje år genomför vi nära sex miljoner patientmöten i såväl öppen- som heldygnsvård. SLSO är en del av Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) och har verksamhet inom merparten av länets kommuner och stadsdelar.

SLSO bedriver hälso- och sjukvård inom områdena psykiatri, primärvård, somatisk specialistvård, habilitering och hjälpmedel samt ansvarar för enheten för Kris- och katastrofpsykologi. I samverkan med Karolinska Institutet(KI) bedriver SLSO omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Tillsammans är vi drygt 11 500 medarbetare. Vi skapar förutsättningar för att ge rätt vård när och där du behöver.

SLSO bedriver hälso- och sjukvård, forskning och utveckling inom följande områden:

Psykiatri: vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård, rättspsykiatri, ätstörningsvård och kunskapscentrum Transkulturellt Centrum.

Primärvård: vårdcentraler, husläkarjourer, barnavårdscentraler, barn- och ungdomsmedicinsk -, ungdoms-, barnmorske-, gynekologiska specialist-, mans-, logoped-, rehabiliteringsmottagningar samt mottagning för sexuell hälsa.

Somatisk specialistvård: geriatrik, ASiH (avancerad sjukvård i hemmet), närakuter, akademiskt specialistcentrum (reumatologi, diabetes och neurologi), palliativt kunskapscentrum och regionalt centrum för cancerrehabilitering.

Habilitering och hjälpmedel: stöd och behandling till personer med funktionsnedsättning, hjälpmedel, kommunikations-, kognitions-, syn- och hörselhjälpmedel, medicinsk-teknisk apparatur i hemmet, förbrukningshjälpmedel i hemmet och tolkcentralen.

Forskning, utveckling och utbildning: inom primärvård, psykiatri, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, äldrevård, akademiskt specialistcentrum, habilitering, folkhälsa, hälsoekonomi och risker i arbets- eller omgivningsmiljö.



Patientcentrerad vård bygger på kunskap



Vår viktigaste ledstjärna inom Stockholms läns sjukvårdsområde är att kunna erbjuda god hälso- och sjukvård till alla som behöver det. Vad det innebär kan förstås skilja sig mellan olika individer och deras erfarenhet av vården.

Det är därför helt avgörande för oss att våra patienter och deras närstående kan vara delaktiga i både sin vård och i uppföljningen av den. En patientcentrerad vård medför ökad kunskap hos både patienter och medarbetare, kunskap som vi kan använda i vårt arbete med att ständigt utveckla och förbättra hälso- och sjukvården.

Samtidigt vet vi att kunskap alltid behöver bygga på fakta. För det behöver vi samla olika former av information om de resultat vi har uppnått.

Genom att öppet redovisa resultaten skapar vi delaktighet och får också verktyg för att kunna jämföra och följa upp, vilket ger underlag till fortsatta förbättringar. Med den kunskapen i bagaget har vi bättre förutsättningar för att, tillsammans med patienter och deras närstående, hitta processer för en vård som är säker, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Vårt årliga kvalitetsbokslut visar en del av de resultat som vi har uppnått. De bygger på information som är hämtad från kvalitetsregister för vården, statistik från journalföring och resultat av enkäter bland våra patienter och deras närstående.

2018 års kvalitetsbokslut visar åter hur mätbara fakta kan användas för att få insikt i inom vilka områden vi har blivit bättre, men också vilka utmaningar vi har. Jag hoppas att du ska tycka att det är en intressant läsning.

Mikael Ohrling, *sjukvårdsdirektör*
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

1

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Vården vi erbjuder ska bygga på kunskap och erfarenhet om vad som är god vård. Varje patient ska få sakkunnig och omsorgsfull vård utifrån sina individuella behov.

En kunskapsbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Genom regelbundna mätningar och uppföljningar av vårdens kvalitet får vi underlag för fortsatta förbättringar.

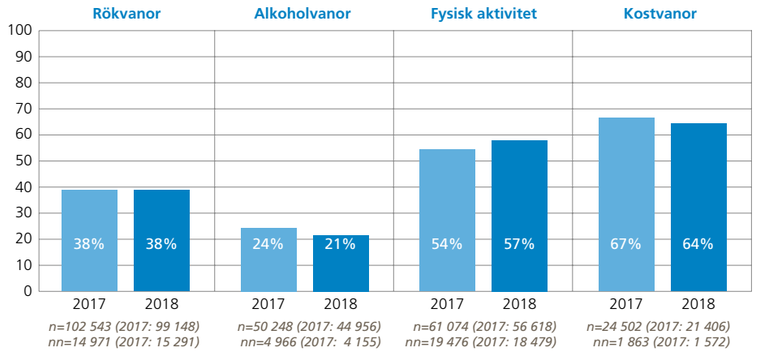
Ohälsosamma levnadsvanor fångas upp i primärvården

Levnadsvanor (rökvanor, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och kostvanor) har stor betydelse för vår hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor medför en ökad risk för att utveckla sjukdom.

De patienter som identifieras med ohälsosamma levnadsvanor ska erbjudas åtgärder enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

I figur 1:1 redovisas andel patienter som identifierats med ohälsosamma levnadsvanor och som erbjudits åtgärd.

Figur 1:1 | **Andel patienter på vårdcentraler som identifierats med ohälsosamma levnadsvanor och som erbjudits åtgärd.**



n = antal patienter som tillfrågats om respektive levnadsvana
nn = antal patienter med ohälsosam levnadsvana

Ungdomar tillfrågas om rökvanor

Vid besök på ungdomsmottagningen ställs frågor om rökning och andra levnadsvanor. Syftet är att informera om risker samt uppmärksamma och upptäcka ungdomar med ohälsosamma levnadsvanor.

40 %

Andel ungdomar som tillfrågats om rökvanor och där det dokumenterats strukturerat i journalen. (2017: 42 %)



Nationell målnivå diabetes
Socialstyrelsen har fått i uppdrag från regeringen att ta fram målnivåer för indikatorerna i de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Syftet med målnivåer är att ge tydliga kvalitetsmål att arbeta mot. Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för ett urval av indikatorerna. De redovisas nedan som jämförelse med SLSO:s mått.

Välbehandlad diabetes motverkar följdsjukdomar

Patienter med välbehandlad diabetes har goda förutsättningar att leva ett normalt liv och undvika följdsjukdomar.



God blodsockerkontroll genom lågt medelblodsocker som mäts över lång tid är viktigt

God blodsockerkontroll är viktig för att minska risken för komplikationer hos patienter med diabetes. HbA1c mäter medelblodsocker över lång tid. Mål för behandlingen måste individualiseras. Ett värde under 52 mmol/mol innebär mycket god kontroll av blodsockret. Vid HbA1c-nivåer över 70 mmol/mol ökar riskerna för komplikationer avsevärt.

Nya mått 2018:

Nationell målnivå diabetes: 90%*.

86%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med HbA1c högst 70 mmol/mol. *n = 27 988 patienter*

För redovisning per enhet se bilaga 2.

58%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med HbA1c högst 52 mmol/mol. *n = 27 988 patienter*

Ett välreglerat blodtryck

Ett välreglerat blodtryck är mycket viktigt för att minska risken för komplikationer som stroke och hjärtinfarkt hos patienter med diabetes. För de flesta gäller att blodtrycksnivåer på 140/85 mmHg inte bör överskridas.

Nytt mått 2018:

Nationell målnivå diabetes: 65%*.

68%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2, som vid senaste kontrollen har blodtryck högst 140/85. *n = 27 988 patienter*

För redovisning per enhet se bilaga 2.

**Avser patienter med diabetes mellitus typ 2 oavsett ålder.*

Dokumenterad fotstatus

Känselbortfall, cirkulationsproblem, sår och infektioner i fötterna är några komplikationer som patienter med diabetes kan få. Vid uppföljning är det därför viktigt att också undersöka fötterna.

Nationell målnivå diabetes: 99%*.

80%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 där fotstatus finns dokumenterad i journalen det senaste året (2017: 75%)

n = 27 988 patienter

För redovisning per enhet se bilaga 2.

Erbjuda rökstopp är viktigt för patienter med diabetes

Rökning ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Det är viktigt att identifiera patienter med diabetes som röker för att kunna erbjuda stöd till rökstopp.

Nya mått 2018:

Nationell målnivå diabetes: 5%*.

12%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 som identifierats som dagligrökare. *n = 27 988 patienter*

27%

Andel patienter av ovanstående som erbjudits åtgärd till rökstopp.

Ögonbottenfotografering för att se förändringar hos blodkärlen i tid

Patienter med diabetes har en högre risk för nedsatt syn på grund av förändringar i blodkärlen till ögats näthinna. Detta kan stoppas om det upptäcks i tid. Därför är det viktigt med regelbunden kontroll av ögonbotten hos patienter med diabetes.

Nytt mått 2018:

Nationell målnivå diabetes: 96%*.

50%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med dokumenterad uppgift om ögonbottenfotografering under de senaste 3 åren.

n = 27 988 patienter

Behandling med statiner hos personer med diabetes minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar

Blodfettsrubbningar är vanliga bland patienter med diabetes och behandling med statinläkemedel minskar risken för hjärt-kärlhändelse (exempelvis stroke eller hjärtinfarkt) vid typ 2 diabetes.

Nytt mått 2018:

64%

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 med uppgift om statinbehandling (recept eller ordination i journalen). *n = 27 988 patienter*

Recept eller ordination av statiner givna av en annan vårdgivare syns i journalen, men kan inte hämtas i rapporten. Den verkliga andelen är därför något högre än den ovan angivna.

**Avser patienter med diabetes mellitus typ 2 oavsett ålder.*

BMI

BMI är ett sätt att skatta om man är överviktig, genom att mäta förhållandet mellan vikt och längd.

<18,5: undervikt
18,5 - 24,9: normalvikt
25 - 29,9: övervikt
⩾30,0: fetma

Dokumenterad kroppsvikt vid artros samt smärtskattning inom primärvårdsrehablilitering

Vid fetma åttafaldigas risken för höft- och knäartros

Risken för artros i både knä och höft är relaterad till graden av övervikt. Vid Body Mass Index (BMI) på 30 är riskökningen åttafaldig för artros som leder till knäoperation med ledprotes. Grundbehandlingen vid alla ledbesvär är bland annat träning, utbildning, egenbehandling samt information om artros och eventuellt viktnedgång.
(Socialstyrelsen 2012-5-1.)

45 %

Andel patienter med höft- eller knäartros som fått information/utbildning om artros. (2017: 49%)

17 %

Andel patienter med höft- eller knäartros, där BMI finns dokumenterat i journalen. (2017: 19 %)

Nytt mått 2018:

Vid smärta utförs en smärtskattning av patienten

Många patienter söker sig till primärvårdsrehabilitering på grund av smärta. Det är viktigt att tidigt kunna följa patientens upplevelse av smärtan och kunna utvärdera effekten av behandling. För att följa smärtutvärderingen används självskattningsinstrumentet VAS (Visuell Analog Skala).

18 %

Andel patienter med smärtdiagnos under året där det finns minst en dokumenterad VAS-registrering i journalen.



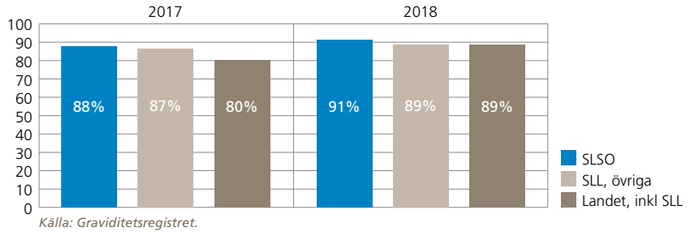


Stöd till blivande och nyblivna mödrar

Screening av alkoholvanor hos blivande mammor

Att ge enkla råd till gravida kvinnor med förhöjd alkoholkonsumtion har visat sig minska antalet kvinnor med riskbruk. Alkoholscreening är ett stöd i mödrahälsovårdens förebyggande arbete. Syftet är att minska alkoholkonsumtion som riskerar att ge skador på det ofödda barnet samt ohälsa hos den gravida kvinnan.

Figur 1:2 | **Andel blivande mammor som genomgått screening för alkoholriskbruk.**

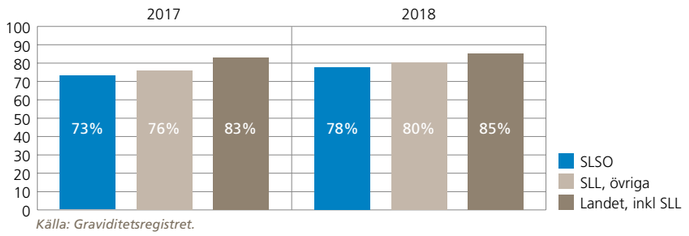


Källa: Graviditetsregistret.

Efterkontroll inom mödrahälsovården

Alla kvinnor som fött barn erbjuds en efterkontroll inom 16 veckor efter förlossningen. Efterkontrollen ger tillfälle till ett bra avslut med mödrahälsovården samtidigt som erfarenheter från förlossningen, föräldraskapet och amning kan bearbetas. Information om preventivmedel är också ett viktigt inslag.

Figur 1:3 | **Andel mammor som kommit på efterkontroll efter förlossning.**



Källa: Graviditetsregistret.

Depressionsscreening av nyblivna mammor på barnavårdscentralen (BVC)

Mer än var tionde nybliven mamma visar tecken på depression under de första månaderna efter förlossningen. Det är viktigt att uppmärksamma dessa kvinnor och erbjuda stöd för att förhindra att problemen fördjupas eller blir långvariga. I cirka hälften av fallen är depressionen övergående och beror på omställningen att bli förälder. Kvinnorna erbjuds att fylla i ett självskattningsformulär (enligt EPDS) 6–8 veckor efter förlossningen, för att ta reda på moderns psykiska hälsa vid tillfället. Utifrån utfallet av självskattningen erbjuds individuellt stöd på BVC eller inom övrig primärvårdsverksamhet.

85 %

Andel mödrar som screenats med EPDS. (2017: 82 %)

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren gör det möjligt att följa upp vilken nytta vården skapar för patienterna. I kvalitetsregistren registreras bland annat uppgifter om symtom, undersökningsresultat, insatta åtgärder och behandlingsresultat. Uppgifterna möjliggör sammanställningar, analyser och datajämförelser på både verksamhetsnivå och på nationell nivå.

Täckningsgrad

För att få ett bra underlag för uppföljning, är det angeläget att registrera så många patienter som möjligt i relevanta kvalitetsregister. Täckningsgraden anger hur stor andel av patienterna i respektive målgrupp eller diagnosgrupp som har registrerats i respektive register.

Graviditetsregistet

85 %

Täckningsgrad. (n=16 183) (2017: 91%)

Källa: Graviditetsregistret

Vad är EPDS?

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är ett självskattningsformulär utformat för att upptäcka mammor med tecken på depression efter förlossningen. Mammor som visar tecken på depression ska erbjudas stödsamtal av personalen på BVC och eventuellt bedömning och behandling av läkare och psykolog.

FAKTA MADRS-S:
MADRS-S består av nio självskattningsfrågor med noll till sex poäng per fråga. Ju högre sammanlagd poäng desto mer deprimerad är patienten. MADRS-S poäng över 20 anses indikera måttliga till medelsvåra depressiva symtom medan 11 poäng anses ligga på gränsen mellan inga eller mycket lätta depressiva symtom.

Behandlingsresultat och vårdkvalitet i psykiatrin

Depression kan behandlas med olika metoder

Kognitiv beteendeterapi (KBT) förmedlad via internet erbjuds inom psykiatrin. För att utvärdera behandlingens effekter skattar patienterna sin depressionsgrad före och efter behandling med hjälp av ett frågeformulär, MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).

Nedan visas andelen patienter som blivit återställda efter behandling med internetförmedlad KBT, det vill säga MADRS-S <11 poäng.

38 %

Andel patienter helt fria från depression efter behandling med internetförmedlad KBT vid Psykiatri sydväst (n=191). (2017: 35 %, n=227)

n = antal patienter

Elbehandling, eller ECT (elektrokonvulsiv behandling) är en effektiv och väl beprövad behandlingsmetod vid djup depression och vissa andra psykiska sjukdomar.

67 %

Andel patienter vars elbehandlingsserie givit väsentligt minskade eller upphörda depressiva symtom (n=660). (2017: 64 %, n=680)

n = antal patienter

FAKTA EQ-5D
Hälsorelaterad livskvalitet
Instrumentet består av två frågedelar som tar några minuter att fylla i.

Del 1
Ett beskrivande formulär där individen skattar sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet). För varje dimension anger patienten antingen:
- Inga problem
- Måttliga problem
- Svåra problem

Individens svar på dessa frågor bildar en hälsoprofil, EQ-5D-index.
(Ju högre värde, desto bättre hälsa.)

Del 2
En termometerliknande skala (Visual Analog Scale) där individen värderar sin hälsa från 0 (sämst) till 100 (bäst). Detta redovisas som EQ-VAS.

Hälsorelaterad livskvalitet i sjukhusvård mäts genom EQ-5D

Vid heldygnsvård inom vuxenpsykiatrin får patienten besvara en enkät, EQ-5D, vars syfte är att mäta hälsorelaterad livskvalitet.

Patienten skattar sin hälsa i fem dimensioner. Svaren på dessa frågor bildar en hälsoprofil, EQ-5D-index.

I en andra del av enkäten svarar patienten genom att ange sin hälsa i en termometerliknande skala. Detta redovisas som EQ-VAS.

60 %

Andel avslutade vårdtillfällen i heldygnsvård med skattning vid både in- och utskrivning, EQ-VAS och EQ-5D-index (n=7 006). (2017: 61 %, n=7 004)

n = antal vårdtillfällen

67 %

Andel av ovan vårdtillfällen med ökning av EQ-VAS med minst 10 enheter (n=4 161). (2017: 68 %, n=4 257)

n = antal vårdtillfällen

Kontinuitet i vården eftersträvas inom psykiatrin

God kontinuitet är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression eller ångestsyndrom. *(Socialstyrelsen 2017-12-1.)*

64 %

Andel av de patienter inom vuxenpsykiatrin som behandlas för depression eller ångest och som har haft kontakt med samma person vid de tre senaste läkarkontakterna.* (2017: 64 %)

**Besök eller telefonsamtal.*

Inom BUP (Barn- och ungdomspsykiatri) kontrolleras kontinuiteten i vården genom att undersöka vid hur stor andel av de genomförda återbesöken som patienten eller familjen träffat minst en behandlare som också deltagit vid tidigare besök.

90 %

Andel återbesök inom BUP där patienten/familjen träffat behandlare som även deltagit vid tidigare besök. (2017: 90 %)



Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren gör det möjligt att följa upp vilken nytta vården skapar för patienterna. I kvalitetsregistren registreras bland annat uppgifter om symtom, undersökningsresultat, insatta åtgärder och behandlingsresultat. Uppgifterna möjliggör sammanställningar, analyser och datajämförelser på både verksamhetsnivå och på nationell nivå.

Täckningsgrad

För att få ett bra underlag för uppföljning är det angeläget att registrera så många patienter som möjligt i relevanta kvalitetsregister. Täckningsgraden anger hur stor andel av patienterna i respektive målgrupp eller diagnosgrupp som har registrerats i respektive register.

BipoläR-registret

21 %

Täckningsgrad (n=5 300). (2017: 22 %, n=4 952)

n = antal patienter

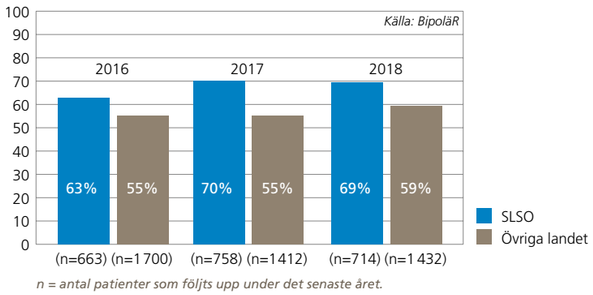
Behandling av bipolär sjukdom

I kvalitetsregistret BipoläR registreras uppgifter om behandlingen vid bipolär affektiv sjukdom (manodepressiv sjukdom). Målet med behandlingen är att patienten genom förebyggande insatser ska slippa sjukdomsepisoder.

Data från kvalitetsregistret visar hur stor andel av patienterna som inte har haft några sjukdomsepisoder de senaste 12 månaderna.

I figur 1:4 visas behandlingsresultat för patienter med bipolär sjukdom typ 1 inom SLSO jämfört med övriga landet.

Figur 1:4 | **Behandlingsresultat vid bipolär sjukdom typ 1, nationell jämförelse.**
Andel patienter som varit utan sjukdomsepisod det senaste året.



n = antal patienter som följts upp under det senaste året.

Uppföljning av patienter med psykossjukdom

Patienter med psykossjukdom som skrivs ut från heldygnsvård, och som bedöms vara i behov av uppföljning i öppenvård, bör ha deltagit i ett första planerat möte inom en månad efter utskrivning. Enligt de nationella riktlinjerna är det viktigt att säkerställa kontinuiteten i vården för denna patientgrupp.

71 %

Andel patienter med psykossjukdom som haft kontakt med psykiatrisk öppenvård minst en gång under månaden efter utskrivning från heldygnsvård. (2017: 74 %)

BMI mäts vid läkemedelsbehandling av patienter med psykos

Vid behandling med läkemedel mot psykossjukdom finns en ökad risk för viktuppgång och därmed sammanhängande hälsorisker. Patienter med schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar som behandlas med antipsykotiska läkemedel ska därför följas upp med mätning av Body Mass Index (BMI).

64%

Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar som behandlas med antipsykotiska läkemedel och där BMI finns registrerat i journalen. (n=4 595) (2017: 64%)

n = antal patienter



KIND får priset ”Årets ljus”.

KIND är ett kompetenscentrum för forskning, utveckling och utbildning kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, och är ett samarbete mellan SLSO och Karolinska Institutet (KI). Attention, som är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, anhöriga och yrkesverksamma, har delat ut priset ”Årets Ljus” till KIND med följande motivering:

”Genom sin internationella utblick och engagerade arbetssätt har verksamheten skapat ett dynamiskt kompetenscentrum för forskning, utveckling och undervisning. Därmed har man hjälpt oss och andra organisationer att sprida fakta och ny kunskap till en bred målgrupp.

Exempel på gott utvecklingsarbete.



Uppföljning av diagnosgrupper inom geriatriken

Patienter som vårdas inom geriatriken är ofta sköra, har flera sjukdomar och är många gånger beroende av andra för att klara sig i vardagen. Oftast finns det en huvudorsak till det aktuella behovet av heldygnsvård. Vanliga huvudorsaker är hjärtsvikt, lunginflammation och stroke (hjärnskada som orsakas av en blodpropp eller en blödning i hjärnan).

I figur 1:5 visas hur stor andel per patientgrupp som kan återvända direkt hem vid utskrivning från sjukhuset samt andelen som förbättrat sin gångförmåga under vårdtiden.

Figur 1:5 | **Andel patienter utskrivna direkt till hemmet och andel patienter med förbättrad gångförmåga - redovisas per patientgrupp**

	andel patienter utskrivna direkt till hemmet	andel patienter med förbättrad gång-förmåga *
Stroke – infarkt i hjärnan (Cerebral Infarkt) (n=338)	**75 %** (2017: 70%)	**21 %** (2017: 22%)
Lunginflammation (Pneumoni) (n=889)	**72 %** (2017: 71%)	**19 %** (2017: 22%)
Hjärtsvikt (n=782)	**78 %** (2017: 77%)	**22 %** (2017: 19%)

n = antal patienter.

**Enligt Rivermead Mobility Index (RMI) moment 7 (klarar att gå tio meter självständigt med eller utan hjälpmedel).*

I figur 1:6 visas hur stor andel per patientgrupp som ådrog sig fallskada under vårdtiden och andelen som återinlagts inom 30 dagar efter utskrivning.

Figur 1:6 | **Andel patienter med fallskada under vårdtiden och andel patienter som återinlagts inom 30 dagar efter utskrivning - redovisas per patientgrupp**

	andel patienter med fallskada under vårdtiden	andel patienter som återinlagts inom 30 dagar efter utskrivning
Stroke – infarkt i hjärnan (Cerebral Infarkt) (n=338)	**2,6 %** (2017: 1,5%)	**11%** (2017: 13%)
Lunginflammation (Pneumoni) (n=889)	**1,3%** (2017: 1,5%)	**12 %** (2017: 13%)
Hjärtsvikt (n=782)	**0,9%** (2017: 1,5%)	**16%** (2017: 16%)

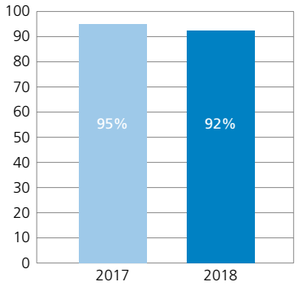
n = antal patienter.

Habilitering & Hälsa utreder och förebygger

Funktionsnedsättningsbeskrivning är grunden för rätt insats

Inom Habilitering & Hälsa görs en beskrivning av funktionsnedsättningar som är en bedömning av patientens funktioner och förmågor – exempelvis kommunikation, psykiska funktioner och motorik. Den, tillsammans med den kliniska bedömningen och anamnes, utgör ett underlag för prioritering av åtgärder och görs i samband med att vårdplanen upprättas.

Figur 1:7 | **Andel patienter med registrerad funktionsnedsättningsbeskrivning.** Habilitering & Hälsa.



CPUP, kvalitetsregister för barn med cerebral pares

95 %

Täckningsgrad barn födda år 2002 och senare. (2017: 95 %)

Förebygga sekundära besvär hos barn med cerebral pares

Barn med cerebral pares (CP) registreras i det nationella kvalitetsregistret CPUP. Registret fungerar som ett uppföljningsprogram för kontroll av bland annat ledrörlighet och motorisk förmåga. Deltagande är frivilligt, men de flesta barn med diagnosen CP är med. Programmet innebär att de en eller två gånger per år träffar arbetsterapeut och fysioterapeut vid habiliteringen för uppföljande mätningar.

På nationell basis har mätningarna gett mycket goda resultat när det gäller att minska risken för bland annat höftsmärta (risken för att höften går ur led har blivit nästintill obefintlig med dessa systematiska uppföljningar) och permanenta ledfelställningar (kontrakturer). En minskad risk för smärta medför ökade möjligheter till bättre livskvalitet för barn med cerebral pares.



2 Säker hälso- och sjukvård

En säker vård förutsätter att vi systematiskt arbetar med att uppmärksamma och åtgärda tänkbara risker. Gör vi det kan vi öka säkerheten för patienterna.

Grunden för patientsäker vård är ett kunskapsbaserat arbetssätt som utgår från vårdprogram och riktlinjer. SLSO har ett övergripande ledningssystem som bidrar med struktur och stöd i arbetet med patientsäkerhet. Varje verksamhet ska ha lokalt anpassade rutiner baserade på övergripande riktlinjer i ledningssystemet.

Engagerade medarbetare skapar säker vård

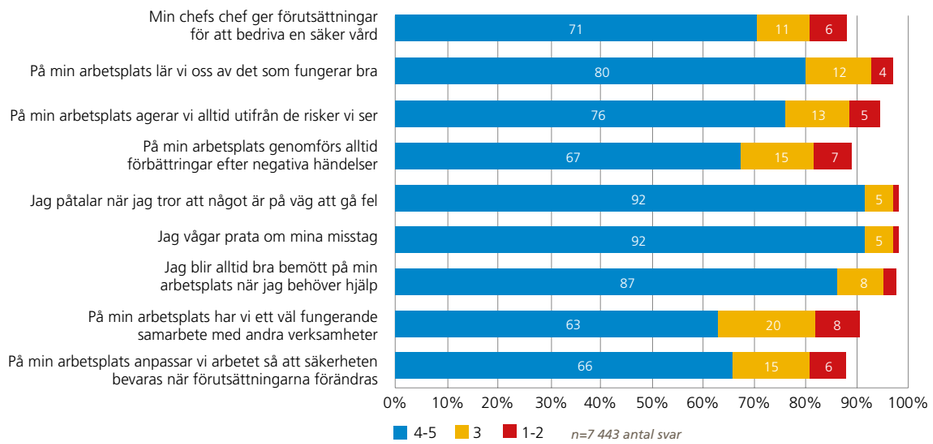
Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla medarbetare. Alla i verksamheten skapar tillsammans säkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Att mäta patientsäkerhetskultur ger en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen och ett underlag till chefer att skapa en dialog med medarbetarna kring resultaten.

Under 2018 har SLSO mätt patientsäkerhetskulturen med de nya nationella frågorna Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i samband med den årliga medarbetarenkäten.

Riktigheten i elva frågeställningar har bedömts utifrån en skala 1-5 där 1 stämmer mycket dåligt och 5 stämmer mycket bra.

Resultatet av de nio frågeställningarna som redovisas i nedan figur 2:1 sammanvägs i ett index där resultatet för SLSO blev 81% (SLL 79%).

Figur 2:1 | **Resultat från mätning av patientsäkerhetskulturen i SLSO år 2018.**
(Andel svarande i procent.)



Säker läkemedelsanvändning på vårdcentralerna

Äldre och läkemedel

Med stigande ålder försämras njurfunktionen. Äldre har generellt en ökad känslighet för läkemedel. För att undvika biverkningar ska ordination av läkemedel anpassas till njurfunktionen.

83%

Andel patienter, 75 år och äldre, där njurfunktionsvärde (högst 18 månader gammalt) finns dokumenterat i journalen vid ordination av läkemedel. (2017: 83 %)

Njurfunktionsvärden tagna hos annan vårdgivare syns i journalen, men kan inte hämtas i rapporten. Den verkliga andelen är därför något högre än den ovan angivna.

Läkemedelsgenomgång görs årligen i hemsjukvården

Ett sätt att minska riskerna vid medicinering för patienter i hemsjukvården är att göra regelbundna dokumenterade läkemedelsgenomgångar. Genomgångarna ska göras årligen.

58 %

Andel hemsjukvårdspatienter där fördjupad läkemedelsgenomgång finns dokumenterad under året. (2017: 59 %)



Antibiotikaförskrivning – en risk att tänka på

Antibiotika är viktiga preparat vid behandling av sjukdomar som orsakas av bakterier. För att behandling med antibiotika inte ska leda till att bakterierna blir resistenta och preparaten därmed blir verkningslösa, måste användningen begränsas. Målet för SLSO:s vårdcentraler är att uttagna antibiotikarecept ska vara maximalt 158 per 1 000 listade patienter.

123

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 listade patienter. (2017: 142)



Antibiotika oftast onödigt vid luftvägsinfektion hos barn

När det ändå är nödvändigt att använda antibiotika är det viktigt att välja ett preparat som inte har bredare verkan än vad som behövs. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) har rekommenderat hur antibiotika ska förskrivas för att minimera utvecklingen av resistens.

De flesta övre luftvägsinfektioner orsakas av virus och barnen blir friska utan antibiotikabehandling. Det är ett av skälen till varför Strama vill att användningen av antibiotika för denna sjukdomsgrupp ska minska. I de fall behandlingen med antibiotika är motiverad rekommenderas penicillin V som förstahandsval.

Stramas mål är att 80 procent av antibiotika mot luftvägsinfektioner till barn, 0–6 år, ska vara penicillin V.

Figur 2:2 | **Andel barn 0–6 år som behandlats med ”luftvägsantibiotika”* och som fick penicillin V.**

	2017	2018
SLSO vårdcentraler	82 %	**80 %**
SLL inklusive SLSO	81 %	80 %
Landet, inklusive SLL	76 %	76 %

(eHälsomyndigheten 2018)
**Avser uthämtade ”luftvägsantibiotika” utan koppling till diagnos.*

Vad är penicillin V?
Vanligt penicillin, rekommenderat som förstahandsval av antibiotika vid övre luftvägsinfektion.

Fallriskbedömning inom primärvårdsrehabilitering

Fall är den vanligaste skadeorsaken i alla åldrar, men drabbar i synnerhet äldre. Var tredje person över 65 år faller varje år *(Regionalt vårdprogram, Fallprevention, 2008)*. Detta orsakar ofta skador, individuellt lidande och stora samhällsekonomiska kostnader.

30 %

Andel patienter 65 år och äldre där fallriskbedömning är gjord. (2017: 26%)

n=47 275 patienter 65 år och äldre.

72%

Andel patienter 65 år och äldre där fallriskbedömning är gjord och fallrisk föreligger. (2017: 69%)

Med rätt preventiv åtgärd minskar risken för fall och de konsekvenser som detta medför. Exempel på åtgärd är förskrivning av hjälpmedel, balansträning, förändring av hemmiljö och kostrådgivning för att undvika blodsockerfall nattetid.

65 %

Andel patienter 65 år och äldre med fallrisk och som har fått en preventiv åtgärd. (2017: 60%)

Överbeläggningar inom psykiatrisk heldygnsvård

Överbeläggningar av patienter har blivit allt vanligare inom vården, vilket kan medföra allvarliga patientsäkerhetsrisker. Som en del av statens och Sveriges kommuner och landstings patientsäkerhetssatsning ska sedan 30 september 2012 aktuell överbeläggning rapporteras dagligen på ett enhetligt sätt för alla sjukhus i hela landet. Det mått som används är genomsnittligt antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.

Vad är överbeläggning?
Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats tillgodoser behoven gällande fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

4,3 överbeläggningar per 100 vårdplatser

Genomsnittligt antal överbeläggningar inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). (2017: 1,0.) *Registrerade uppgifter om disponibla vårdplatser har varierat mellan åren, vilket påverkar utfallet.*

2,0 överbeläggningar per 100 vårdplatser

Genomsnittligt antal överbeläggningar inom vuxenpsykiatrin. (2017: 2,6)

Bedömning av suicidrisk viktig inom psykiatrin

En viktig uppgift inom psykiatrin är att förebygga självmord. En gemensam standard används för hur bedömningen ska göras och dokumenteras i journalen.

88 % Beroendevård

Andel patienter för vilka aktuell suicidriskbedömning dokumenterats vid minst ett tillfälle under året. (2017: 90%)

88 % Övrig vuxenpsykiatri

Andel patienter för vilka aktuell suicidriskbedömning dokumenterats vid minst ett tillfälle under året. (2017: 88%)

77 % BUP-akuten

Andel patienter för vilka aktuell suicidriskbedömning dokumenterats vid minst ett tillfälle under året. (2017: 72%)

Fakta C-SSRS
Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) är ett instrument avsett som stöd för inhämtning av väsentliga uppgifter rörande suicidalt tänkande och beteende. Frågorna i instrumentet avser förekomst och svårighetsgrad av suicidtankar, av handlingar som görs för att förbereda suicidförsök, av faktiskt genomförda suicidförsök, samt av suicidförsök som avbrutits av annan person, av yttre omständighet, eller av patienten själv.

Bedömning av patientens suicidrisk är en central del av en akutpsykiatrisk bedömning. För att förbättra upptäckt och dokumentation av suicidrisk på Psykiatriska akutmottagningen har en standardiserad screening med intervjuinstrumentet Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) införts. Intervjun görs som en del av det ankomstsamtal som omvårdnadspersonal gör så snart som möjligt efter det att patienten har kommit till mottagningen.

79%

Andel ankomstsamtal på Psykiatriska akutmottagningen där skattning av suicidtankar och suicidalt beteende enligt C-SSRS dokumenterats. (n=18 970) (2017: 76%, n=18 212)

n = antal ankomstsamtal



Patientsäkerhet inom geriatriken

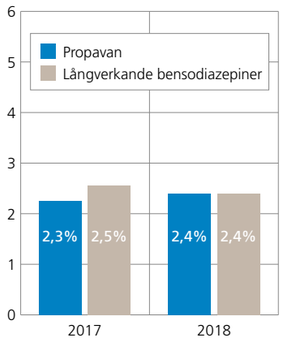
Andel utskrivna patienter från geriatriken med olämpliga läkemedel

Vissa läkemedel är olämpliga för äldre patienter. Långverkande bensodiazepiner ökar fallrisken, ger dagtrötthet och sätter ner tankeförmågan. Propavan kan ge parkinsonliknande biverkningar.

De senaste åren har fokus i vården legat på att minska andelen olämpliga läkemedel till äldre. Bland annat har obligatoriska läkemedelsgenomgångar genomförts i både öppen- och heldygnsvård, i enlighet med Socialstyrelsens krav. Detta arbete har gett resultat.

Figur 2:3 visar hur stor andel av patienterna som skrivits ut från geriatrisk klinik och som fått förskrivet långverkande bensodiazepiner och/eller Propavan.

Figur 2:3 | **Andel utskrivna patienter från geriatriken med olämpliga läkemedel.**





Hygienrutiner och klädregler följs upp

Den viktigaste åtgärden i patientsäkerhetsarbetet för att förhindra smittspridning i vården är att konsekvent tillämpa basala hygienrutiner.

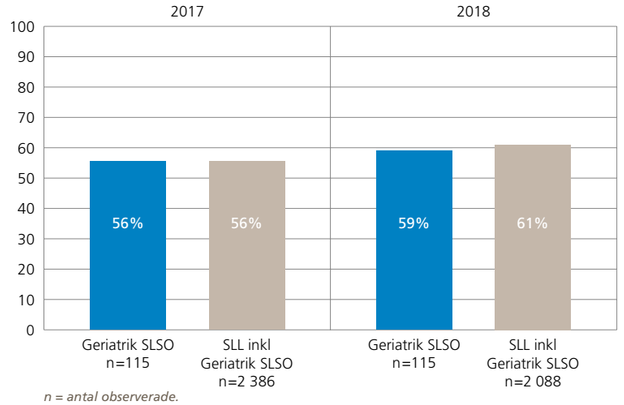
Alla personalkategorier inom SLSO ska följa Socialstyrelsens föreskrifter ”Basal hygien i vård och omsorg” och SLSO:s riktlinjer. Basala hygienrutiner innebär exempelvis att inte bära klocka, ringar och nedhängande smycken, att tvätta händerna, använda handsprit och att möta patienten korrekt klädd.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) genomför en nationell observationsstudie av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Sedan 2014 genomför Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) en likvärdig regional mätning under hösten.

I figur 2:4 presenteras en jämförelse mellan följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom SLSO:s geriatriska heldygnsvård och övrig heldygnsvård i Stockholms läns landsting (SLL).

Följsamhet till BHK innebär att medarbetaren till fullo följt basala hygienrutiner och haft korrekt klädsel.

Figur 2:4 | **Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), observationsstudie.**



n = antal observerade.
(HSF, höstmätning 2018)

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner är ett patientsäkerhetsproblem som orsakar lidande för individen och medför kostnader för samhället.

VRI utgör cirka 30 procent av samtliga vårdskador i den somatiska sjukvården. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är lunginflammationer, hud- och sårinfektioner samt urinvägsinfektioner.

Stockholms läns landsting har tagit fram en strategi för att minska vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården. Sedan 2008 genomförs mätningar av förekomsten av VRI i heldygnsvården två gånger om året. SLSO:s geriatriska kliniker deltar i de mätningarna.

4%

Andel patienter som vårdades inom geriatrisk heldygnsvård i SLSO och som hade någon form av vårdrelaterad infektion. (2017: 7%)

Källa: HSF, höstmätning



Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Korrekta rutiner innebär bland annat:

- Desinfektion av händerna med sprit direkt före och efter patientnära arbete samt användning av handskar.
- Användning av handskar vid kontakt och vid risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
- Användning av engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock vid omvårdnad/undersökning/behandling som innebär direktkontakt med patienten eller dennes säng, vid hantering av smutsiga föremål samt vid risk för stänk av kroppsvätskor.

Korrekt klädsel innebär bland annat att:

- Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade.
- Händer och underarmar ska vara utan ringar, klockor och armband.
- Hår ska vara kort eller uppsatt.

3 Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Vi ska alltid ha patientens bästa för våra ögon. Respekt och lyhördhet för individens specifika behov har högsta prioritet.

Delaktiga och välinformerade patienter bidrar till att göra vården mer patientfokuserad och ökar möjligheten att de kan delta i beslut om sin vård. Kontinuitet i behandlingskontakten och en god dialog i alla möten med patienter och närstående ökar förutsättningarna för att vården ska kunna tillgodose enskilda individers specifika behov.

Patienternas synpunkter är viktiga att ha som underlag till det kontinuerliga förbättringsarbetet av vården. För att mäta patientupplevd kvalitet görs enkätundersökningar med olika intervall.



Tidig kontakt med barnhälsovården

Hembesök hos förstfödda skapar dialog

Till barnavårdscentralernas (BVC) uppdrag hör bland annat att göra hembesök hos familjer som fått sitt första barn. Syftet med hembesöken är att lära känna familjen och få en bild av barnets och hela familjens situation. Därmed ökar förutsättningen för en god kontakt och dialog med föräldrarna.

90 %

Andel förstfödda som har fått hembesök. (2017: 89 %)





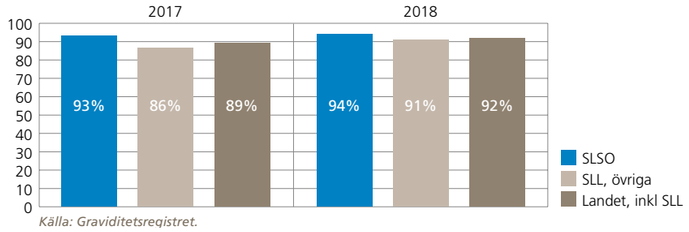
Hot och våld

Olika typer av våld i nära relationer förekommer överallt i samhället. Vården har ett ansvar att skapa goda förutsättningar för dialog kring detta.

Frågor om hot och våld tas upp i samband med graviditet

En graviditet är en livsförändrande tid för hela familjen. Det är ett viktigt tillfälle att belysa frågan om hot och våld i nära relationer för att kunna erbjuda stöd och hjälp. Därför ställs frågor om detta på barnmorskemottagningarna.

Figur 3:1 | **Andel gravida som tillfrågats om våld i nära relationer.**



Källa: Graviditetsregistret.

Våld och övergrepp fångas upp på ungdomsmottagningen

Ungdomar som utsatts för våld och övergrepp vågar inte alltid ta upp detta spontant. Vid besök på ungdomsmottagningen ställs därför frågor om man varit utsatt för våld och övergrepp.

50 %

Andel ungdomar som tillfrågats om våld och övergrepp och där det dokumenterats strukturerat i journalen. (2017: 46%)

Mansmottagningarna ökar patienters kunskap om kondomer

I arbetet med att minska antalet sexuellt överförbara infektioner och minska antalet oönskade graviditeter har kondomanvändning en central roll. Med kondområdgivning ökar patientens kunskap om olika kondomer och därmed patientens motivation till att använda dessa.

36 %

Andel patienter som fått kondområdgivning. (2017: 42%)

Guldstjärna till Stockholms mansmottagning för gott bemötande

Stockholms mansmottagning har tilldelats RFSL Stockholms utmärkelse Guldstjärnan. Varje år delar RFSL och Sexperterna ut Guldstjärnan till mottagningar som förtjänar utmärkelser för sitt fina bemötande och väl genomförda arbete.



Exempel på gott utvecklingsarbete.

Psykiatrins patienter tillfrågas om vad de tycker om vården

Under mars till och med maj 2018 genomfördes Nationell Patientenkät i psykiatrin i hela Sverige. Undersökningen genomfördes både i öppen- och heldygnsvården för patienter i alla åldrar.

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården och samtliga landsting och regioner deltar. Enkätundersökningarna genomförs vartannat år.

Frågor besvaras utifrån en femgradig skala, där 1 alltid är det mest negativa och 5 det mest positiva. Det finns även alternativet ”Ej aktuellt”. Antal svar från Psykiatri SLSO blev totalt 6149 svar i öppenvården och 946 svar i heldygnsvården. Nedan redovisas andelen positiva svar (alternativen 4 och 5).

Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din/ditt barns vård/behandling?

Figur 3:2

	Öppenvård (%)	Heldygnsvård (%)	Antal svar[5] öppenvård	Antal svar[5] heldygnsvård
Allmänpsykiatri [1]	83	68	2983	650
Beroendevård	83	71	1231	185
Ätstörningsvård	82	[2]	116	[2]
Vuxenpsykiatri SLSO totalt	**83**	**69**	4330	839
Vuxenpsykiatri övriga riket	**83**	**68**	17051	2232
Patienter under 18 år Psykiatri [1]	**85**	[3]	1693	[3]
Patienter under 18 år övriga riket	**86**	–	6528	–
Rättspsykiatri SLSO	**69**	**49**	126	107
Rättspsykiatri övriga riket	**63**	**57**[4]	116	378

Skulle du rekommendera mottagningen/avdelning till någon i din/ditt barns situation?

Figur 3:3

	Öppenvård (%)	Heldygnsvård (%)
Allmänpsykiatri [1]	79	74
Beroendevård	84	85
Ätstörningsvård	83	[2]
Vuxenpsykiatri SLSO totalt	**81**	**77**
Vuxenpsykiatri övriga riket	**81**	**75**
Patienter under 18 år Psykiatri [1]	**76**	[3]
Patienter under 18 år övriga riket	**81**	–
Rättspsykiatri SLSO	**70**	**35**
Rättspsykiatri övriga riket	**58**	**50** [4]

1) För redovisning per enhet se bilaga 4.
2) Resultat för ätstörningsvård heldygnsvård i vuxenpsykiatrin finns inte tillgängligt på grund av för få svar.
3) Resultat för patienter yngre än 18 år i heldygnsvård redovisas inte på grund av för få svar.
4) Rättspsykiatriska heldygnsvårdsverksamheter i landet har olika uppdrag, patienturval och säkerhetsklasser. Detta leder till att denna typ av siffror svårligen låter sig jämföras.
5) Antal patienter som har svarat på nationella patientenkäten

Patientforum bidrar till ökad delaktighet

Patienternas idéer, frågor och förslag samlas även in på ett systematiskt sätt genom patientforum, veckovisa möten inom heldygnsvården. Som regel leds mötet av en medarbetare som själv varit patient inom psykiatrin (egenerfaren mötesledare) och oftast närvarar avdelningens enhetschef. Syftet är att utifrån patientperspektivet bidra till en förbättrad vårdmiljö och att öka delaktighet i vårdplanering och förbättra information till patienter och närstående.

Figur 3:4

Antal avdelningar med patientforum		Antal patientforum		Antal deltagare	
2017	**2018**	**2017**	**2018**	**2017**	**2018**
40	50	1 237	1 193	4 257	4 457

77 %

Andel genomförda patientforum där enhetschef deltagit. (2017: 75%)

92 %

Andel genomförda patientforum med egenerfarna mötesledare. (2017: 92%)



Beroendecentrum Stockholm fick hederspris

Beroendecentrum Stockholm har tilldelas Brukarföreningen Stockholms hederspris 2018. Medarbetarna får priset för sitt arbete med att förbättra patienters hälsa och rädda liv. I motiveringen lyfter man fram att sprututbytet räddar liv och att inget kan vara viktigare, att kontakten med sjukvård och beroendevård är viktig, att det respektfulla bemötande uppskattas samt att de varit tidigt ute med överdosmotgiftet Naloxon och att detta snabba agerande räddat många liv.

Exempel på gott utvecklingsarbete.



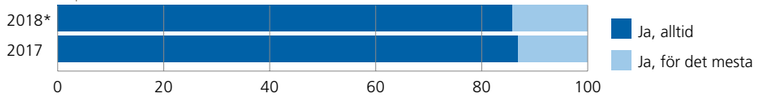
Patienterna inom ASIH tillfrågas om vården

Inom ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) genomförs patientenkäter med syftet att få ett underlag för verksamhets- och kvalitetsutveckling. Enkäten är utförd i hemmet där patienten anonymt registrerar svaren i formulär på läsplatta. Samtliga patienter som vid undersökningstillfället varit inskrivna minst 14 dagar tillfrågades om deltagande, 452 svarade på enkäten.

Nedan visas hur patienterna har svarat på respektive fråga, fördelat på de olika svarsalternativen.

Upplever du att du under vårdtiden hos oss inom ASIH blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

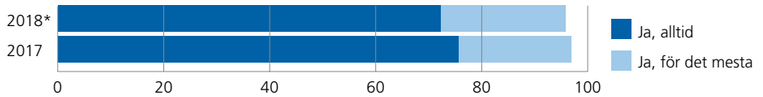
Figur 3:4 | **Andel patienter som har svarat *"ja, alltid"* och andelen som svarat *"ja, för det mesta"*:**



**För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Upplever du att du under vårdtiden hos oss får vara delaktig i beslut om din vård på ASIH så som du önskar?

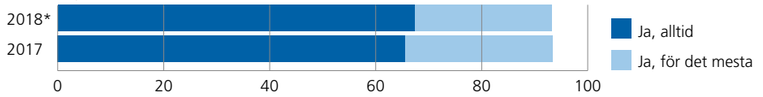
Figur 3:5 | **Andel patienter som har svarat *"ja, alltid"* och andelen som svarat *"ja, för det mesta"*:**



**För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Upplever du att du under vårdtiden får tillräcklig information om ditt tillstånd av oss på ASIH?

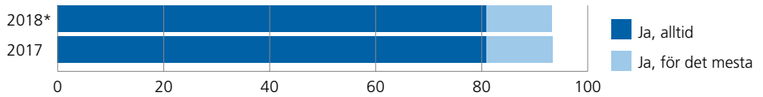
Figur 3:6 | **Andel patienter som har svarat *"ja, alltid"* och andelen som svarat *"ja, för det mesta"*:**



**För redovisning per enhet se bilaga 3.*

När du ringer till ASIH, upplever du att du får kontakt inom rimlig tid?

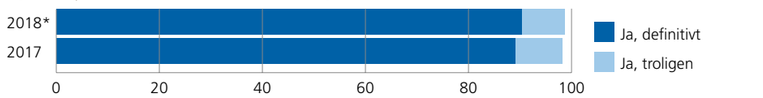
Figur 3:7 | **Andel patienter som har svarat *"ja, alltid"* och andelen som svarat *"ja, för det mesta"*:**



**För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Skulle du rekommendera din ASIH-enhet till en vän med behov av avancerad sjukvård i hemmet?

Figur 3:8 | **Andel patienter som har svarat *"ja, definitivt"* och andelen som svarat *"ja, troligen"*:**



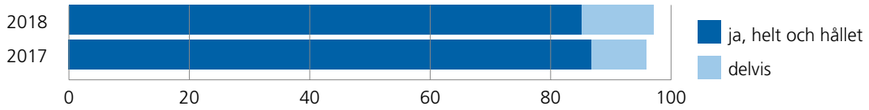
**För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Webbaserad enkät inom geriatriken

Mot slutet av vårdtiden får även patienter inom geriatriken svara anonymt på en kort enkät via läsplatta. Detta är ett viktigt arbete för att vi ska kunna erbjuda den vård patienterna vill ha. Patienten får först information om syftet med enkäten och väljer sedan om de vill delta eller inte.

Upplever du att du under vårdtiden hos oss har blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?

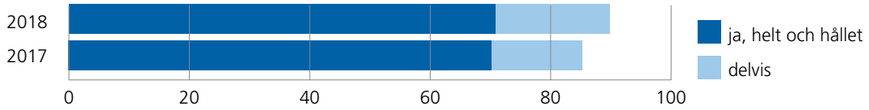
Figur 3:9 | **Andel patienter som har svarat *"ja, helt och hållet"* och andelen som svarat *"delvis"*:**



För redovisning per enhet se bilaga 3.

Upplever du att du under vårdtiden hos oss har fått tillräcklig information om ditt tillstånd?

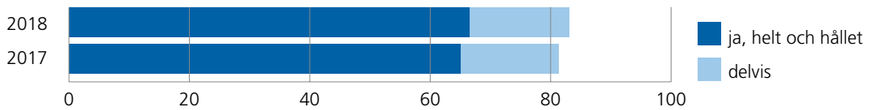
Figur 3:10 | **Andel patienter som har svarat *"ja, helt och hållet"* och andelen som svarat *"delvis"*:**



För redovisning per enhet se bilaga 3.

Upplever du att du under vårdtiden hos oss fått vara delaktig i beslut om din vård så som du önskade?

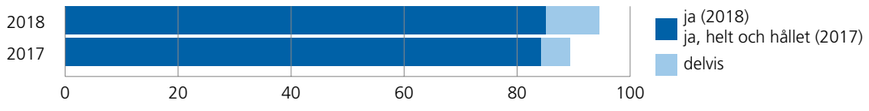
Figur 3:11 | **Andel patienter som har svarat *"ja, helt och hållet"* och andelen som svarat *"delvis"*:**



För redovisning per enhet se bilaga 3.

Skulle du kunna rekommendera oss till andra?

Figur 3:12 | **Andel patienter som har svarat *"Ja" / "ja, helt och hållet"* och andelen som svarat *"delvis"*:**



För redovisning per enhet se bilaga 3.





Funktion i fokus vann Publishingpriset 2018

För tredje året i rad vann Habilitering & Hälsas tidning Funktion i fokus Publishingpriset i klassen verksamhetstidningar. Tidningen sprider aktuell kunskap, forskning och erfarenhet till alla som i sitt arbete möter personer med funktionsvariationer.

Juryns motivering löd:

För en inspirerande tidning med tilltalande layout, välgjorda reportage, personliga illustrationer och utmärkt repro.

Exempel på gott utvecklingsarbete.

Delaktighet och medskapande inom habilitering- och hjälpmedelsverksamheterna

Det finns flera sätt att systematiskt ta tillvara på erfarenheter, kunskap och synpunkter. Föräldrar och närstående kan öka sina kunskaper om funktionsnedsättningar genom att delta i olika typer av kurser. Nedan redovisas resultat från utvärderingsenkäter efter genomförda kurser.

89 %

Andel närstående som deltagit i kurser om specificerade funktionsnedsättningar och som bedömt att deras kunskaper om funktionsnedsättningen har ökat i hög grad*. Mål: 60 % (2017: 77 %)

skala från 1-6 där 5 eller 6 bedöms som "ökat i hög grad".

97 %

Andel föräldrar som deltagit i kurs om ADHD/ADD och som bedömt att deras kunskap har ökat*. (2017: 97 %).

svarsalternativen "Ja, absolut" och "Till viss del".

7,5 medelvärde

I vilken grad som introduktionskurs för föräldrar om Aspergers syndrom har lett till ökad förståelse och kunskap om barnets funktionsnedsättning.

(1 = väldigt lite och 8 = väldigt mycket). (2017: 7,2)

Patienterna är positiva till hjälpen de får

En utvärdering av delaktighet och nöjdhet görs på ett systematiskt sätt enligt den skattningsskala som tagits fram via ett nationellt samarbete av habiliteringsverksamheterna i hela landet: NYSAM.
Se figur nedan.

Figur 3:13 | **Resultat från patientenkät Habilitering & Hälsa**
Andelen patienter som har svarat positivt*) på nedanstående frågor.

	2017	2018
Har du nytta av de insatser habiliteringen gör?	96	96
Får du vara med och bestämma om hjälpen du får?	95	95
Är du nöjd med hjälpen du får?	96	96

**Svarat positivt betyder andelen patienter som har svarat "Ja, alltid" och "Ja, ofta".*

Patienter som får hjälpmedel är nöjda

Den som besöker hjälpmedelsverksamheterna kommer för att reparera ett hjälpmedel, träffa en konsulent och/eller tekniker för en konsultation, hämta eller lämna tillbaka ett hjälpmedel alternativt för att se och prova de hjälpmedel som är förstahandsval enligt Kloka hjälpmedelslistan.

Vad är Kloka hjälpmedelslistan?
Kloka hjälpmedelslistan är det sortiment av hjälpmedel som ska förskrivas om det uppfyller patienternas behov. Den tas fram för att få ett funktionellt och kostnadseffektivt sortiment.

Nytt mått 2018:

89 %

Andel nöjda patienter som besökt vår verksamhet.

4 Effektiv hälso- och sjukvård

Vi ska använda våra resurser så kostnadseffektivt som möjligt utan att göra avkall på hög säkerhet och god vårdkvalitet.



”Rätt vård när och där du behöver” är SLSO:s vision som ska inspirera till att erbjuda en effektiv kunskapsbaserad vård med patientens behov i fokus. Planering av insatserna i samverkan med patienten ökar möjligheten att uppnå målen. Behandlingen ska regelbundet följas upp och utvärderas för att göra det möjligt att utveckla och effektivisera vården.

Diagnostik inom primärvården

Lungfunktionsundersökning av rökare för att hitta KOL-patienter

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) hör till andningsvägarnas sjukdomar och är en folksjukdom som till största delen behandlas på vårdcentraler. Orsaken till KOL är huvudsakligen tobaksrökning. Hos cirka 5% av rökarna vid 40 års ålder kan KOL påvisas. Tidig diagnos, rökstopp och tidigt insättande av behandling kan avsevärt förbättra patientens hälsa och livskvalitet. Ett enkelt lungfunktionstest kan användas för att hitta personer med misstänkt försämrad lungfunktion. Dessa personer erbjuds sedan en fördjupad lungfunktionstest, spirometri. Spirometriundersökning görs för att ställa diagnosen KOL och för att följa upp sjukdomsutveckling och behandlingseffekt.

31 %

Andel patienter, 45 år och äldre, dokumenterade som dagligrökare och som undersökts med förenklad lungfunktionsmätning eller spirometri de senaste två åren.
n= 5 337 antal patienter. (2017: 31%)

Nu arbetar vi med klassificering av sjukdomsbilden vid KOL enligt GOLD

GOLD står för Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease där spirometrisk klassificering, luftvägssymtom samt förekomst av tillfällen med försämring vägs samman. Klassificeringen ger underlag för val av behandling.

31 %

Andel patienter med KOL-diagnos registrerad de senaste två åren och där klassificering enligt GOLD är dokumenterad i journalen. (2017: 21%)
n=6 040 antal patienter.

Viktigt med regelbunden läkarkontakt vid KOL

Rätt behandling gör stor skillnad och behandlingen behöver anpassas och följas upp korrekt. Det är därför av största vikt att patienter med KOL har regelbunden läkarkontakt.

84 %

Andel patienter med KOL-diagnos registrerad de senaste två åren och som träffat läkare någon gång under de senaste 18 månaderna.
n=6 040 antal patienter. (2017: 85%)

För redovisning per enhet se bilaga 2.

Viktigt med läkarbesök för dementa

Patienter med demens bör följas upp regelbundet för att säkerställa att de får optimal medicinsk behandling och omvårdnad, samt för att upptäcka och åtgärda eventuella komplikationer till sjukdomen. Socialstyrelsen anger som en kvalitetsindikator ”andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso- och sjukvården”. *(Socialstyrelsen 2017-12-2*).

86 %

Andel patienter med demensdiagnos registrerad de senaste två åren och som träffat läkare på vårdcentralen någon gång under de senaste 18 månaderna. n=2 210 antal patienter. (2017: 85%)

För redovisning per enhet se bilaga 2.

Vårdcentralerna följer upp hjärtsvikt

Hjärtsvikt är allvarligt och vanligt förekommande, särskilt hos äldre.

Viktigt med regelbunden läkarkontakt vid hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett symtomkomplex med ett antal möjliga orsaker. Rätt behandling gör stor skillnad och ska sättas in tidigt. Det är därför av största vikt att patienter med hjärtsvikt har regelbunden läkarkontakt och att behandlingen följs upp korrekt.

89%

Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos registrerad de senaste två åren och som träffat läkare på vårdcentralen någon gång under de senaste 18 månaderna. n=3 835 antal patienter. (2017: 88%)

För redovisning per enhet se bilaga 2.

NYHA-klassificering vid hjärtsvikt

New York Heart Association (NYHA) har en internationellt välkänd definition av graden av hjärtsvikt. Patienterna delas upp i fyra klasser efter graden av symtom vid arbete och i vila. Klassificeringen har en prognostisk betydelse och är utgångspunkt för behandlingsinsatser.

25%

Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos registrerad de senaste två åren och där NYHA-klassificering dokumenterats. n=3 835 antal patienter. (2017: 23%)



Planering och utvärdering i samråd med patienten

En rehabiliterings- eller behandlingsplan är ett dokument som ska innehålla planerade insatser, mål för behandlingen, tid för uppföljning och uppgifter om vem som ansvarar för behandlingen. Planen ska upprättas i samverkan med patienten för att öka möjligheten att nå önskat resultat.

Andel patienter med dokumenterad rehabiliterings-/behandlingsplan

48 % **av de som besökt mottagning inom primärvårdsrehabilitering. n=51 699 antal patienter. (2017: 30%)**

52 % **av de som besökt logopedmottagning. n=6 508 antal patienter. (2017: 50%)**

Patienter skattar besvär före och efter logopedbehandling

Rösthandikappindex (RHI) är ett skattningsinstrument för att mäta vuxna patienters subjektivt upplevda röstbesvär. RHI kan användas före och efter behandlingen för att mäta behandlingens effekt på hur patienter upplever sina röstbesvär.

58%

Andel patienter med röstproblematik som blivit bedömda med RHI (rösthandikappindex). n=176 antal patienter. (2017: 72%, n=172)



Så här fungerar Rösthandikappindex

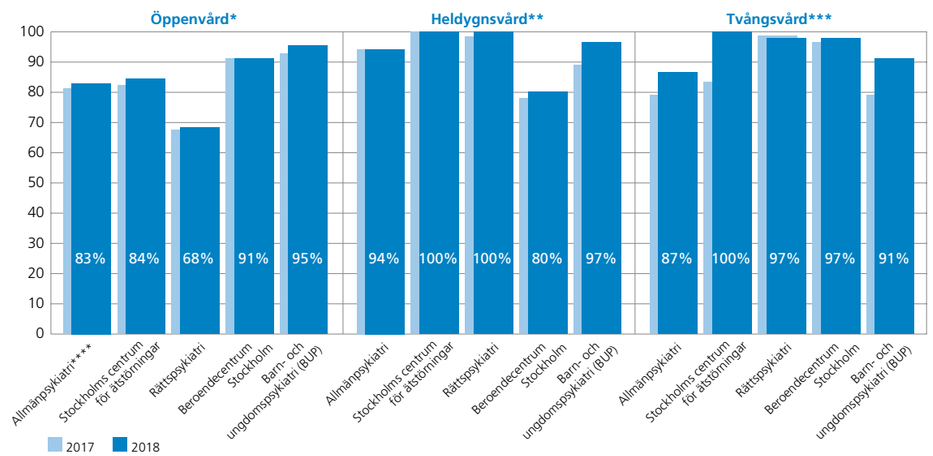
RHI är ett självskattningsformulär som består av 30 påståenden, till exempel ”Min röst låter knarrig och torr”. Individen får kryssa i ett av fem svarsalternativ: aldrig, nästan aldrig, ibland, nästan alltid eller alltid. Varje svarsalternativ representerar en poäng mellan noll och fyra, vilken man adderar. Summan blir ett mått på hur individen upplever sina röstproblem – ju högre poäng desto mer upplever individen problem med sin röst. Maxpoäng är 120. De 30 frågorna kan kategoriseras utifrån tre olika aspekter av röstproblem: funktionella (F), kroppsliga (K) och emotionella (E).

Planering och utvärdering inom psykiatrin

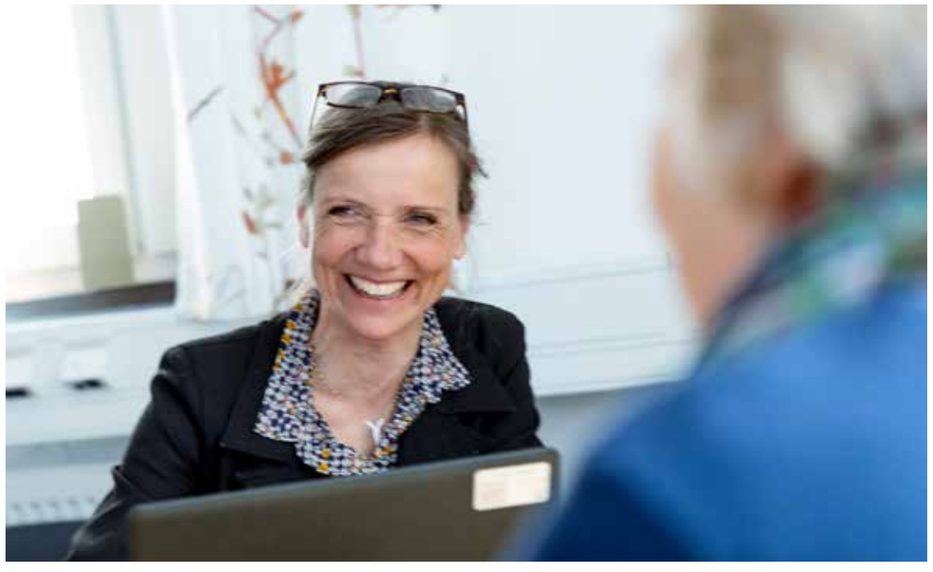
Vårdplan – ett effektivt verktyg för god vårdkvalitet

En vårdplan är ett skriftligt dokument som ska innehålla mål för vården, planerade insatser, tidpunkter för uppföljning och uppgifter om vem som har ansvar för behandlingen. Den ska upprättas och utvärderas av patient och behandlare i samråd. Nedan visas andel patienter med vårdplan dokumenterad enligt de gemensamma dokumentationsrutinerna.

Figur 4:1 | **Vårdplaner.**
Andel patienter som har en vårdplan.



**Patienter som gjort minst tre besök, respektive fyra inom BUP, och hade en vårdplan.*
***Patienter som då de senast skrevs ut, respektive för BUP de patienter som haft minst tre vårddygn, hade en aktuell vårdplan.*
****Vårdtillfällen med vårdplan dokumenterad enligt gemensamma rutiner.*
*****För redovisning per enhet se bilaga 1.*



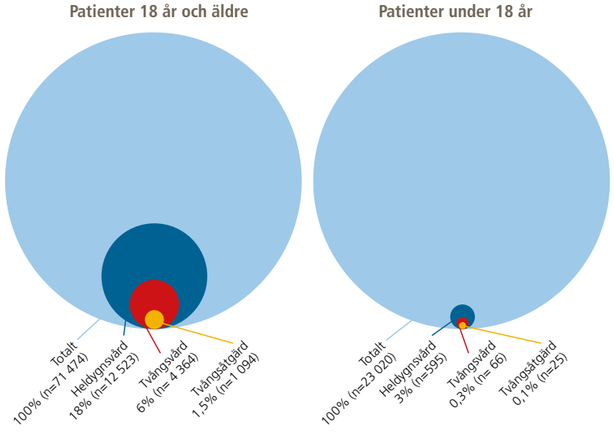


Psykiatrin ansvarar för att ge tvångsvård med god kvalitet

En liten andel patienter behöver psykiatrisk tvångsvård

Endast ett fåtal av de patienter som har kontakt med psykiatrin vårdas enligt tvångsvårdslagarna. Det är ett särskilt ansvar att tvångsvård ges med god kvalitet, eftersom tvångsvården är en form av myndighetsutövning där vården ges mot patientens vilja. Arbetet med att ge en rättsäker psykiatrisk tvångsvård av god kvalitet styrs av ett ledningssystem. Där ingår bland annat kontinuerliga egenkontroller av journaldokumentation, kvalitetsgranskning av vårdplaner och av uppföljningssamtal.

Figur 4:2 | **Andel av alla patienter som hade kontakt med psykiatrin inom SLSO under 2018 och som behövt tvångsvård.**



Totalt = antal (%) patienter som hade kontakt med psykiatrin i SLSO.

Heldygnsvård = Patienter som vårdades i heldygnsvård (inneliggande på sjukhus) under ett eller flera vårddygn.

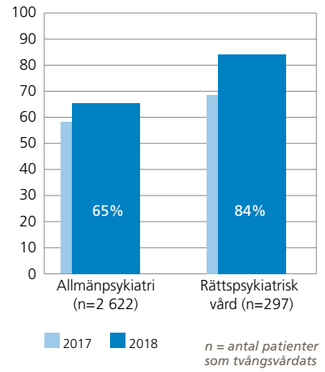
Tvångsvård = Patienter som någon gång var intagna för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.

Tvångsåtgärd = Patienter som vid ett eller flera tillfällen gavs läkemedel med stöd av fasthållande eller fastspänning, var fastspända eller som var avskilda från övriga patienter. (Dessa tvångsåtgärder kan endast ges vid psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller vid rättspsykiatrisk vård enligt LRV.)

De psykiatriska verksamheter som på landstingets uppdrag drivs av privata företag får inte ge tvångsvård. Även patienter som får sin övriga vård inom dessa privata verksamheter, och som bedöms behöva tvångsvård, får det därför inom SLSO.



Figur 4:3 | **Patientens medverkan i vårdplan vid tvångsvård.**
Andel patienter som tvångsvårdats inom vuxenpsykiatrin och som har medverkat vid upprättande av sin senaste vårdplan.



Viktigt med vårdplan vid tvångsvård

Enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ska en vårdplan upprättas så snart som möjligt efter det att patienten har tagits in för tvångsvård.

Lagen anger också att vårdplanen så långt det är möjligt ska upprättas i samråd med patienten. Detta för att patienten liksom vid all annan vård ska vara delaktig i vårdplaneringen.

Patienten ska veta sina rättigheter

Psykiatrisk tvångsvård innebär att patienten frihetsberövas och även kan få viss behandling mot sin vilja. För att patientens juridiska rättigheter ska tillvaratas under tvångsvården ska patienten, så snart tillståndet medger det, upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut och att anlita ombud. Att patienten har fått den informationen ska dokumenteras i journalen.

Andel påbörjade tvångsvårdsepisoder med dokumentation om att patienten informerats om sina rättigheter.

82% vuxna (n=4 830) (2017: 81%)
n = antal påbörjade tvångsvårdsepisoder

73% barn och ungdomar (n=70) (2017: 66%)
n = antal påbörjade tvångsvårdsepisoder

Stödperson kan bistå patienten

Under psykiatrisk tvångsvård ska patienten, så snart tillståndet medger det, upplysas om sin rätt att få en stödperson utsedd av Patientnämnden. Stödpersonen ska under tvångsvården bistå patienten i personliga frågor.

Andel påbörjade tvångsvårdsepisoder med dokumentation om att patienten informerats om sin rätt till stödperson.

78% vuxna (n=4 830) (2017: 76%)
n = antal påbörjade tvångsvårdsepisoder

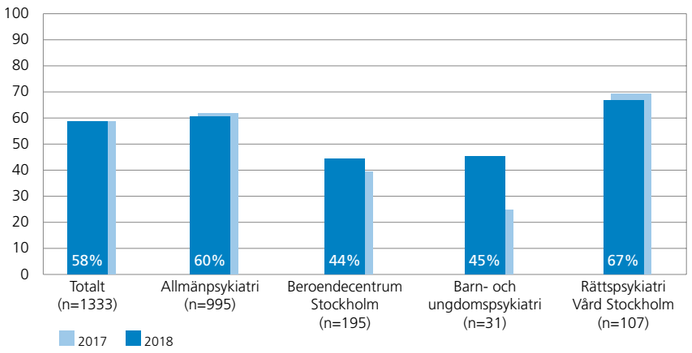
70% barn och ungdomar (n=70) (2017: 57%)
n = antal påbörjade tvångsvårdsepisoder

Uppföljningssamtal efter utförd tvångsåtgärd

En liten andel av de patienter som tvångsvårdas får åtgärder med tvång, med stöd av de psykiatriska tvångslagarna. Efter en tvångsåtgärd är det av stor betydelse att ha ett uppföljande samtal med patienten. Syftet med ett sådant samtal är att uppmärksamma patientens upplevelser och därigenom tydliggöra händelseförloppet, stärka patientens förtroende för vården och minska behovet av framtida tvångsåtgärder.

Nedan visas andelen vårdtillfällen då tvångsåtgärd förekommit och där uppföljningssamtal finns dokumenterat.

Figur 4:4 | **Uppföljningssamtal efter utförd tvångsåtgärd.**
Andel uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. (Avser avslutade vårdtillfällen där tvångsåtgärder förekommit).



n = antal avslutade vårdtillfällen



Bedömning och utvärdering inom barn- och ungdomspsykiatrin

Andel nya patienter med dokumenterad initial bedömning

En snabb och systematisk bedömning av patientens vårdbehov bidrar till att BUP:s resurser i första hand kan användas för att hjälpa de patienter som har störst behov.

80 %

Andel nya patienter där man dokumenterat en strukturerad initial bedömning av patientens vårdbehov enligt BUP:s riktlinjer. (2017: 81%)

Barns och ungdomars funktionsnivå bedöms enligt etablerad skala

Children's Global Assessment Scale (CGAS) är en skattningsskala för att bedöma den allmänna funktionsnivån hos barn och ungdomar. Den används inom BUP som ett komplement till den psykiatriska diagnosen och för att följa upp behandlingseffekten.

98 %

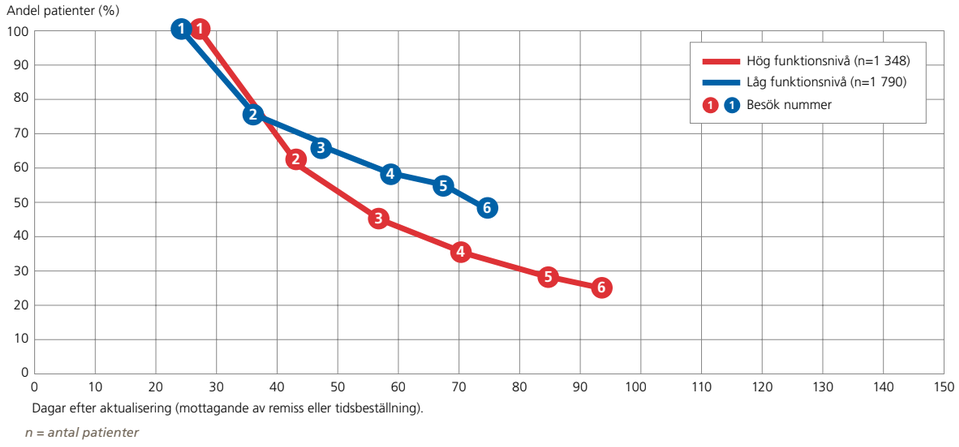
Andel patienter som bedömts med CGAS före och efter behandling. (2017: 97%)

Prioritering efter behov hos BUP

BUP följer hur länge barn och ungdomar med olika vårdbehov får vänta på första besöket och de därpå följande fem besöken.

Patienter som har störst behov (låg funktionsnivå enligt mätning med CGAS) får sitt första besök tidigare jämfört med patienter med högre funktionsnivå. De patienter som har låg funktionsnivå får också fler och tätare besök.

Figur 4:5 | **Patienter med hög respektive låg funktionsnivå.**
Tid till besök på BUP-mottagning och andel som kommer på respektive besök.



n = antal patienter



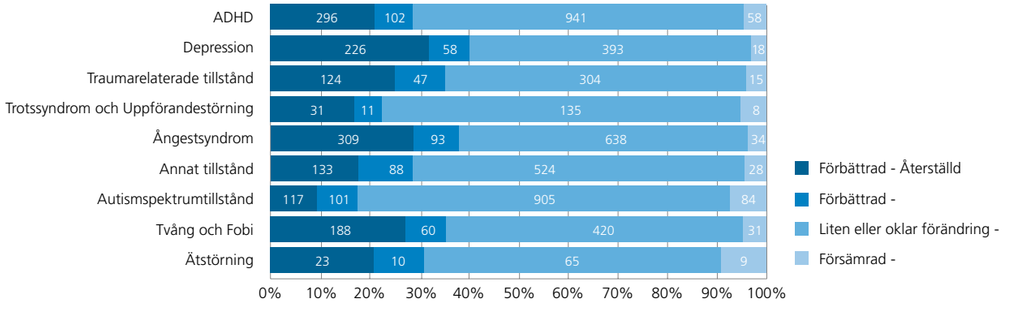
Behandlingseffekten mäts för varje patientgrupp

BUP mäter skillnaden mellan patientens funktionsnivå före och efter behandling.

Diagrammet nedan visar resultat för några av BUP:s patientgrupper. Det visar hur stor andel av patienterna som förbättrat eller försämrat sin funktionsnivå mellan inledande och avslutande CGAS-bedömning (Delta-CGAS).

CGAS-bedömning (Delta-CGAS)
Förbättring/försämring följs upp med hjälp av Reliable Change Index (Jacobson & Truax 1991) som med hänsyn till CGAS-skalans egenskaper anger hur stor en förändring måste vara för att det med största sannolikhet rör sig om en verklig förändring och inte om mätfel.

Figur 4:6 | **Förändring av funktionsnivå (CGAS) enligt Reliable Change Index (RCI).**
Avslutade kontakter 2018 (n=6 627).



Patienten värderar behandlingseffekten

Inom BUP utvärderas behandlingseffekten för samtliga patienter i samband med att kontakten avslutas. Utvärderingen görs, förutom med CGAS, även med hjälp av självskattning på en femgradig skala. Resultatet visar vad som hänt med de problem som patienten har sökt för.

70 %

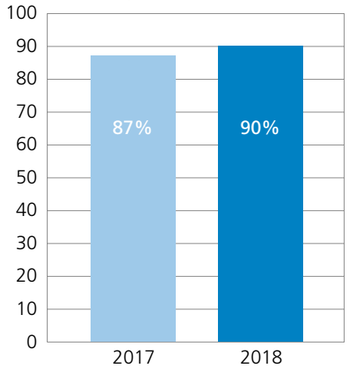
Andel patienter som uppgav att problemen blivit lättare att leva med, minskat eller försvunnit. (2017: 72 %)



Planering och utvärdering inom Habilitering & Hälsa

Vården inom Habilitering & Hälsa baseras på en skriftlig vårdplan. Vårdplanen upprättas i dialog med patienter och deras närstående och innehåller mål för vården, planerade insatser, tidpunkter för uppföljning och uppgifter om vem som ansvarar för behandlingen.

Figur 4:7 | **Vårdplaner.**
Andel patienter som efter tre besök har en vårdplan.



Nedan visas hur stor andel av vårdplanerna som innehåller en utvärdering av målen.

64 %

Andel vårdplaner med utvärdering av mål. (2017: 63 %)

Samordnade vårdprocesser följs upp

Många patienter har behov av stöd från flera olika vårdverksamheter och huvudmän. Att samordna vårdprocesserna är särskilt angeläget för patienter med stora och sammansatta vårdbehov. Habilitering & Hälsa följer därför särskilt upp vårdprocesserna för patienter med flerfunktionsnedsättning.

59%

Andel patienter med flerfunktionsnedsättning och som har en vårdplan samordnad med andra aktörer. (2017: 56 %)

5

Jämlik hälso- och sjukvård

Alla människor ska ha tillgång till vård på lika villkor. Rätten till hälso- och sjukvård ska vara oberoende av exempelvis kön, ålder eller funktionsnivå.

”Allas lika värde” är en del av SLSO:s värdegrund. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vi ska ge lika god och säker vård till alla patienter.

Genusperspektiv på primärvårdens arbete

Behandling av hypertoni minskar sjukdomsrisken

Patienter med välbehandlad hypertoni (högt blodtryck) har stora möjligheter att undvika komplikationer som stroke, hjärtinfarkt och andra hjärt- och kärlsjukdomar. Ett välbehandlat blodtryck bör vara högst 140/90* mm Hg.

Andel patienter med hypertoni som har blodtryck högst 140/90 mm Hg vid senaste mätning.

65 % kvinnor (2017: 63%)

64 % män (2017: 63%)

**Patienter med exempelvis diabetes, njursjukdomar och vissa hjärt- och kärlsjukdomar bör ha lägre blodtryck.*



Frågor om levnadsvanor viktiga vid depression

Det finns ett samband mellan ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa. Att fråga efter levnadsvanor vid till exempel depression är därför viktigt.

Andel patienter med diagnos depression där levnadsvanor finns dokumenterade strukturerat i journalen – vårdcentraler.

48% kvinnor (n=11 005) (2017: 43%, n= 10 715)

52 % män (n=5 559) (2017: 48%, n= 5 193)

n = antal kvinnor/män med diagnos depression.

Läkarkontinuitet är viktig vid behandling av depression

God kontinuitet, till exempel att patienten får träffa samma läkare vid återbesök, är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression eller ångestsyndrom (*Socialstyrelsen 2017-12-1*). Ett mått på kontinuitet är att mäta om patienten träffat samma läkare vid de senaste tre besöken.

Andel patienter som vid de tre senaste läkarbesöken, för diagnosen depression, träffat samma läkare på vårdcentralen.

71 % kvinnor (2017: 72 %)

69 % män (2017: 72 %)





Jämlikhetsperspektiv inom psykiatrin

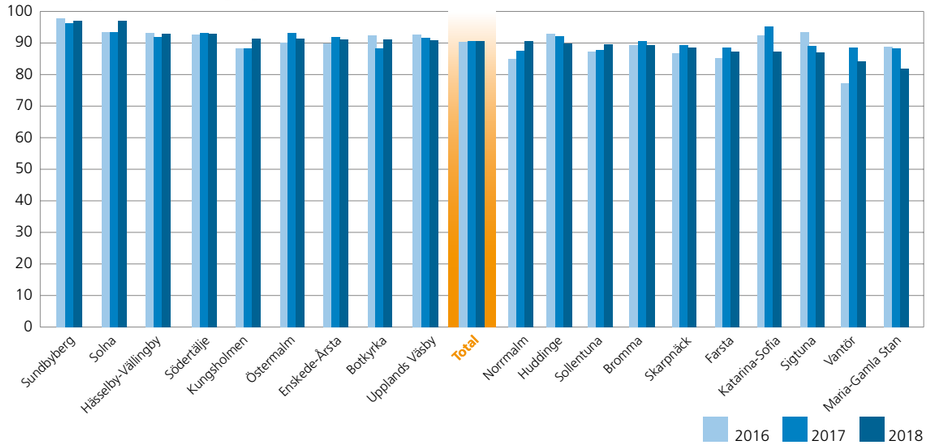
Vård och behandling ska erbjudas hela befolkningen på lika villkor.

Samma möjligheter ska erbjudas oavsett geografiskt område

Medicinsk uppföljning av patienter med schizofreni är ett viktigt uppdrag för den specialiserade psykiatrin. Oberoende av var patienten bor bör det finnas lika möjlighet till läkarbedömning.

Figur 5:1 visar andel patienter med schizofrenidiagnos som under året haft minst ett läkarbesök. Jämförelsen görs mellan olika geografiska områden (stadsdelar inom Stockholms kommun samt övriga kommuner). Områden med mindre än 100 personer i patientgruppen visas inte.

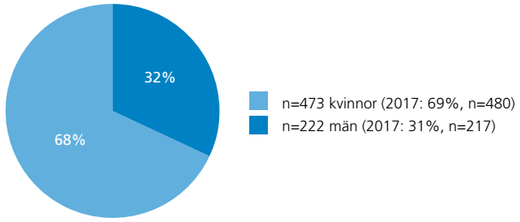
Figur 5:1 | **Andel patienter över 18 år med schizofrenidiagnos som träffat läkare inom de senaste tolv månaderna, jämförelse mellan geografiska områden. (%)**



Höftledsbrott vanligare bland kvinnor

En vanlig orsak till behov av heldygnsvård för patienter inom geriatriken är höftledsbrott. Det är vanligare att kvinnor får höftledsbrott jämfört med män. Det beror på att kvinnor har skörare skelett och i genomsnitt lever fyra år längre än män.

Figur 5:2 | **Andel kvinnor respektive män som vårdats för höftledsbrott under året – geriatrisk heldygnsvård.**



Önskvärt resultat är att en hög andel patienter förbättrar sin gångförmåga samt kan återvända direkt hem vid utskrivning från sjukhuset.

Andel patienter som vårdats för höftledsbrott, utskrivna direkt till hemmet.

68% kvinnor (2017: 67%)

70% män (2017: 71%)

Andel patienter som vårdats för höftledsbrott och som förbättrat sin gångförmåga* under vårdtiden.

32% kvinnor (2017: 37%)

25% män (2017: 33%)

Önskvärt resultat är också att en låg andel patienter ådrar sig fallskada under vårdtiden eller återinläggs inom 30 dagar efter utskrivning.

Andel patienter som vårdats för höftledsbrott och som fått fallskada under vårdtiden.

0,6% kvinnor (2017: 0,8%)

0,9% män (2017: 1,4%)

Andel patienter som vårdats för höftledsbrott och som återinlagts inom 30 dagar efter utskrivning.

8% kvinnor (2017: 10%)

13% män (2017: 13%)

**Enligt Rivermead Mobility Index (RMI) moment 7 (klarar att gå tio meter självständigt med eller utan hjälpmedel).*



6

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Vår strävan är att våra patienter alltid ska få vård när de behöver den. En god tillgänglighet innebär att det är lätt att nå fram och att snabbt få tillgång till vård.

Tillgänglighet till vård redovisas utifrån olika typer av väntetidsmätningar.

God telefontillgänglighet är viktigt

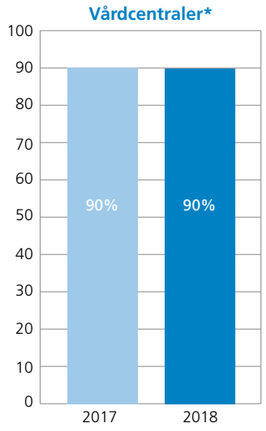
Telefontillgängligheten mäts regelbundet som andel samtal som besvarats inom en viss tid, se figur 6:1.

Godkända samtal:

- svar inom 1,5 minut om köfunktion saknas
- svar inom 10 minuter om köfunktion finns
- uppringd inom 1,5 timme om återuppringnings-system finns



Figur 6:1 | **Telefontillgänglighet.**
Andel godkända samtal enligt mätning.

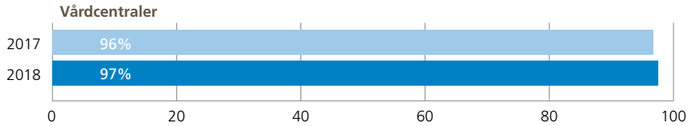


**För redovisning per enhet se bilaga 5*
Källa: HSF

Vårdgarantin prioriterad i alla vårdgrenar

Vårdgarantin inom Stockholms läns landsting innebär att patienter, som av vårdpersonal bedöms behöva träffa läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, ska få tid på vårdcentralen inom högst fem dagar. För den nationella vårdgarantin gäller sju dagar och avser tid för besök hos läkare. Inom SLSO följs väntetiden till läkarbesök på vårdcentralen upp fortlöpande.

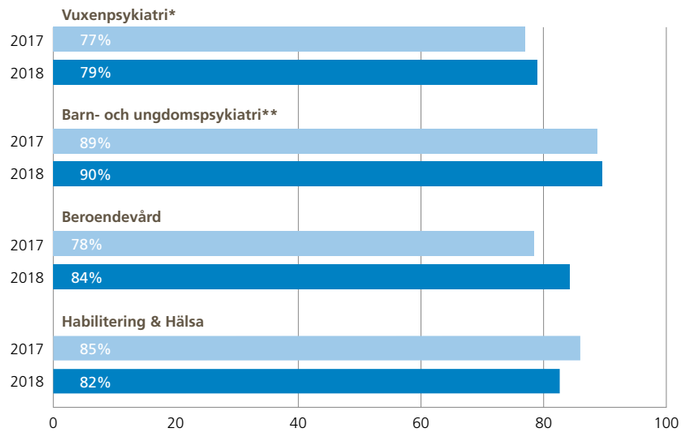
Figur 6:2 | **Besökstillgänglighet.**
Andel patienter som erbjudits besökstid till läkare inom fem dagar.



Inom psykiatrin, beroendevården och habilitering och hälsa innebär vårdgarantin att patienten ska erbjudas besökstid inom 30 dagar.

I figur 6:3 visas i vilken grad vårdgarantin uppfylldes i de olika verksamhetsgrenarna.

Figur 6:3 | **Besökstillgänglighet.**
Andel patienter som erbjudits besökstid inom 30 dagar.



**Allmänpsykiatri, för redovisning per enhet se bilaga 1.*
***För redovisning per enhet se bilaga 5.*





Värdefullt med snabb rehabilitering

Snabb rehabilitering efter vård på sjukhus eller korttidsboende är av stor betydelse för ett bra tillfrisknande. Tidsgränserna varierar för olika kategorier av patienter eftersom behoven av insatser ser olika ut.

97 %

Andel patienter som erbjudits insatser *inom en vardag*. (2017: 98 %)
Avser patienter utskrivna från sjukhus och som är i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet.

För redovisning per enhet se bilaga 5.

98 %

Andel patienter som erbjudits insatser av neuroteam *inom två vardagar* efter sjukhusvistelsen. (2017: 97%)
Avser patienter som drabbats av stroke eller neurologisk sjukdom och som är i behov av rehabilitering i hemmet.

För redovisning per enhet se bilaga 5.

95%

Andel patienter där rehabiliteringsinsatserna påbörjas *inom fem vardagar.* (2017: 96 %)
Avser patienter som skrivs ut från korttidsboenden till hemmet.

Korttidsboende – mellan sjukhus och hemmet

Korttidsboende är en form av äldreboende där man bor en begränsad tid. Plats erbjuds bland annat till personer som är färdigbehandlade på sjukhus men som ännu inte är redo att återgå till sitt ordinarie boende.
Vem som får bo på korttidsboende enligt socialtjänstlagen beslutas av socialsekreterare eller biståndshandläggare i kommunen.

Kort väntetid ett mål för psykiatrin

Tillgänglighet till psykiatrisk akutvård

Stockholms läns psykiatriska akutmottagnings uppdrag är att ta hand om akut psykiskt sjuka patienter från hela Stockholms län. Även personer från övriga Sverige och utlandet som är på besök i Stockholm tas om hand. Akutmottagningen tar emot patienter som söker själva eller som förs dit av polis eller av den psykiatriska akutbilen. En del av patienterna är oroliga och behöver ett snabbt omhändertagande. Som ett mått på akutmottagningens tillgänglighet visas den genomsnittliga väntetiden till läkarbedömning.

77 minuter

Årsgenomsnitt väntetid till läkarbedömning vid psykiatrisk akutmottagning. (2017: 60 minuter)

Öppenvårdsbesök inom sju dagar hos Beroendecentrum Stockholm

Patienter med alkoholberoende erbjuds en tid i öppenvård i nära anslutning till att heldygnsvården avslutas. Denna åtgärd innebär en säkrare nedtrappning av läkemedel och en bättre medicinsk uppföljning.

32 %

Andel vårdtillfällen för alkoholberoende som följts av öppenvårdsbesök inom sju dagar. (2017: 32 %)



Förstärkt vårdgaranti inom BUP

Enligt vårdgarantin ska patienter erbjudas besökstid inom högst 30 dagar. Utöver det har BUP inom Stockholms läns landsting en förstärkt vårdgaranti. Förstärkt vårdgaranti innebär att om beslut fattas om åtgärd ska detta erbjudas inom ytterligare 30 dagar efter beslutet.

87 %

Andel patienter som påbörjat beslutad åtgärd (behandling eller utredning) inom 30 dagar efter beslut om åtgärd. (2017: 89 %)

För redovisning per enhet se bilaga 5.

Uppföljning och fortsatt behandling inom BUP

Patienter som vårdats på BUP-akuten över natten har i allmänhet stora vårdbehov i kombination med låg funktionsnivå. De behöver ofta snabb uppföljning med fortsatt behandling i BUP:s öppenvård.

7 dagar

Den genomsnittliga tiden mellan hemgång efter vård över natten på BUP-akuten till det uppföljande besöket i öppenvården. (2017: 6 dagar)

När en patient eller en familj behöver mer än den behandling som öppenvården kan erbjuda kan patienten få kontakt med mellanvården. Där erbjuds tätare kontakter, längre besök, vård i hemmet och ett brett utbud av behandlingsmetoder.

20 dagar

Den genomsnittliga tiden mellan senaste besök i öppenvård och första möte med mellanvården. (2017: 17 dagar)

För redovisning per enhet se bilaga 5.

Mellanvård – ett mellansteg mellan öppen och heldygnsvård

BUP Mellanvård är till för barn och ungdomar med allvarlig psykisk problematik eller funktionsnedsättning där öppenvårdsresurser inte är tillräckliga och heldygnsvårdens omhändertagandenivå är för hög. Där erbjuds vård i hemmiljö, i barnets närmiljö, på mottagning eller i kombination. Mellanvården kan erbjuda en tätare kontakt än öppenvården med fler och längre besök och telefonkontakter.

Kort väntetid ett mål för hjälpmedelsverksamheterna

Telefontillgänglighet för rådgivning till andra verksamheter

Vårdpersonal ringer för råd om regler och rutiner eller för frågor som rör hjälpmedel. De som ringer arbetar inom kommun, landsting eller inom privat sektor. Samtalen besvaras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Telefontillgängligheten mäts som andel samtal som besvarats inom en viss tid.

Nytt mått 2018:

Figur 6:4 | **Andel godkända samtal enligt mätning. Målnivå 80%.**

	2018
Medicinteknisk apparatur i hemmet	99 %
KommSyn	94%
Hjälpmedel Stockholm	92 %

Hjälpmedelskonsultation för expertishjälp inom avtalad tid

I särskilda fall behöver patienten, tillsammans med vårdpersonal, besöka en konsulent och eventuellt en tekniker för att få expertishjälp och en hjälpmedelskonsultation.

Remiss skickas med information om patientens problem och målsättning för ett specifikt hjälpmedel. Patienten ska erbjudas en besökstid inom 15 respektive 20 dagar. På besöket närvarar patienten, vårdpersonal, hjälpmedelskonsulent, anhörig eller assistent vid behov, samt eventuellt även en hjälpmedelstekniker.

Nya mått 2018:

84%

Andel patienter som erbjuds tid inom 20 dagar till Hjälpmedel Stockholm Mål 90%.

99%

Andel patienter som erbjuds tid inom 15 dagar till KommSyn Stockholm. Mål 90%.



Patienten ska få sina leveranser i tid

Hjälpmedelsverksamheterna levererar beställda hjälpmedel antingen direkt till patienten eller till förskrivaren som beställt dem. En anledning till att vårdpersonalen själv vill leverera hjälpmedlet till patienten kan vara att det behöver monteras i hemmet hos patienten eller att det krävs en genomgång av hjälpmedlet före användning. Leverans ska utföras inom 5-15 dagar beroende på om hjälpmedlet är första eller andrahandsval enligt Kloka hjälpmedelslistan.

Nytt mått 2018:

Figur 6:5 | **Andel hjälpmedelsleveranser som har levererats i tid.**

	2018
Medicinteknisk apparatur i hemmet	97 %
KommSyn	92%
Hjälpmedel Stockholm	78%

Vad är Kloka hjälpmedelslistan?

Kloka hjälpmedelslistan är det sortiment av hjälpmedel som ska förskrivas om det uppfyller patienternas behov. Den tas fram för att få ett funktionellt och kostnadseffektivt sortiment.

Bilagor 2018

1 Nyckeltal för psykiatri

2 Nyckeltal för vårdcentraler

3 Patientenkätsvar
3:1 Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)
3:2 Geriatriska klinikerna

4 Patientenkätsvar psykiatri
4:1 Allmänpsykiatri
4:2 Patienter under 18 år

5 Tillgänglighet
5:1 Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar
5:2 Vårdcentraler
5:3 Primärvårdsrehabilitering
5:4 Neuroteam

Samtliga uppgifter som redovisas i kvalitetsbokslutet har hämtats från interna enkäter och statistikuppgifter samt från journalsystem, om inte annat anges.

Bilaga 1

Nyckeltal för psykiatri

Samlat resultat presenteras i kapitel 4 och 6.

	Antal patienter öppenvård [2]		Antal besök totalt [3]		Antal besök per patient [3]	
	2018	**2017**	**2018**	**2017**	**2018**	**2017**
Allmänpsykiatri öppenvård						
Psykiatri Nordväst	10 800	10 300	125 100	123 800	12	12
Norra Stockholms psykiatri [1]	14 200	13 900	186 700	191 500	13	14
Psykiatri Södra Stockholm	12 500	13 400	164 500	162 100	13	12
Psykiatri Sydväst	10 500	9 400	107 300	98 500	10	10
Psykiatricentrum Södertälje	3 900	4 000	47 900	53 600	12	13
Totalt allmänpsykiatri	**50 600**	**49 600**	**631 500**	**629 500**	**13**	**13**
Stockholms centrum för ätstörningar	**1 800**	**1 800**	**29 000**	**29 400**	**16**	**16**
Rättspsykiatri Vård Stockholm	**600**	**600**	**17 300**	**17 200**	**29**	**29**
Beroendecentrum Stockholm	**21 400**	**20 400**	**318 500**	**311 300**	**15**	**15**
Barn- och ungdomspsykiatri	**20 100**	**21 400**	**170 800**	**177 000**	**8**	**8**

	Kapitel 4		Kapitel 6	
	Vårdplan [4]		Tid inom 30 dagar [5]	
	2018	**2017**	**2018**	**2017**
Allmänpsykiatri öppenvård				
Psykiatri Nordväst	88%	83%	80%	77%
Norra Stockholms psykiatri [1]	77%	77%	75%	81%
Psykiatri Södra Stockholm	81%	80%	87%	60%
Psykiatri Sydväst	84%	90%	78%	78%
Psykiatricentrum Södertälje	90%	83%	82%	80%
Totalt allmänpsykiatri	**83%**	**81%**	**79%**	**77%**
Stockholms centrum för ätstörningar	**84%**	**82%**	-	-
Rättspsykiatri Vård Stockholm	**68%**	**67%**	-	-
Beroendecentrum Stockholm	**91%**	**91%**	**84%**	**78%**
Barn- och ungdomspsykiatri	**95%**	**93%**	**90%**	**89%**

1) Exklusive Stockholms läns psykiatriska akutmottagning. Där det under 2018 gjorts 18 800 besök av 12 400 patienter.
2) För BUP inkluderas endast patienter som gjort ett "fysiskt besök", dvs som har träffat personal under besök på mottagning eller motsvarande. För övriga verksamheter ingår samtliga patienter som haft någon form av vårdkontakt i öppenvård, dvs även till exempel telefonkontakt.
3) För BUP inkluderas endast "fysiska besök", dvs vårdkontakter då patienten träffat personal under besök på mottagning eller motsvarande. För övriga verksamheter ingår alla slags vårdkontakter i öppenvård, dvs även exempelvis telefonkontakt.
4) Andel patienter som har en skriftlig vårdplan.
5) Andel patienter som erbjuds tid inom 30 kalenderdagar efter vårdbegäran (remiss och egenanmälan). Antal besök som beräkningen baseras på varierar av olika skäl kraftigt inom allmänpsykiatri och Beroendecentrum Stockholm. Det finns flera problem med väntetidsmätningen som gör att den inte alltid avspeglar de faktiska förhållandena.

Bilaga 2

Nyckeltal för vårdcentraler (%)

Samlat resultat presenteras i kapitlen 1 och 4.

Mottagning	Kapitel 1: Diabetes mellitus typ 2			Kapitel 4: Demens Läkarbesök [4]		Hjärtsvikt Läkarbesök [5]		KOL Läkarbesök [6]	
	HbA1c [1]	Blodtryck [2]	Fotstatus [3]						
	2018	2018	2018	2018	2017	2018	2017	2018	2017
Abrahamsberg	83	57	83	83	88	93	85	91	85
Alby	83	66	72	88	87	88	94	83	92
Axelsberg	89	73	88	75	88	87	82	83	77
Barkarby	84	66	80	77	79	90	80	83	90
Bergshamra Ulriksdal	85	77	50	74	80	77	84	70	74
Bollmora	85	59	72	75	88	84	88	77	82
Boo	88	54	77	90	78	91	89	88	88
Brandbergen	84	70	73	66	73	78	81	83	85
Bredäng	81	83	81	97	86	93	98	91	83
Brommaplan	90	69	86	87	89	88	89	87	88
Dalarö	[7]	[7]	[7]	93	100	90	94	92	95
Djursholm	88	64	62	89	85	85	93	83	93
Djurö	90	69	92	90	62	86	90	65	59
Ektorp	91	55	86	92	91	84	81	78	86
Enebyberg	94	62	80	97	91	99	95	96	90
Essinge	90	53	85	89	71	94	88	82	94
Fisksätra	89	72	79	84	95	86	90	85	93
Fittja	84	73	83	95	100	93	92	90	91
Flemingsberg	87	57	86	92	94	80	81	87	80
Forum	90	74	86	83	82	87	93	81	92
Gröndal	89	57	76	90	94	90	96	89	89
Gustavsberg	91	66	82	89	86	91	91	89	89
Gärdet	87	63	63	80	86	89	90	82	86
Hagalund Frösunda	87	67	84	86	84	86	87	89	91
Hallonbergen	80	68	90	93	94	90	91	82	90
Hallunda	83	74	70	85	83	87	88	66	71
Handen	88	71	82	90	93	91	87	84	88
Huddinge	89	51	87	86	82	85	83	90	86
Husby Akalla	78	67	82	81	90	95	89	95	91
Hässelby	89	62	88	80	85	88	83	83	85
Jakobsberg	90	79	90	88	84	91	90	74	81
Johannes	89	63	88	82	86	92	94	91	90
Jordbro	84	70	63	71	70	92	91	82	86
Kista	89	77	83	92	66	92	83	87	82
Korallen	85	70	68	88	92	83	86	89	84
Kungsängen	87	57	71	81	92	90	93	85	89
Liljeholmen	90	74	81	93	94	88	92	86	91
Liseberg	87	62	77	91	87	96	87	93	87
Luna	88	81	73	88	85	84	85	82	78
Mörby	84	71	73	90	90	94	94	73	72
Norrviken	86	66	85	85	90	83	91	79	87
Rinkeby	82	82	88	67	71	65	86	76	80
Rissne	85	68	90	70	86	92	91	85	89
Rotebro	82	60	85	81	90	88	88	90	90
Råsunda	90	76	70	89	87	86	91	86	88
Salem	85	49	80	82	81	90	84	87	89
Segeltorp	90	70	85	87	86	91	88	87	86
Sigtuna	84	65	81	82	88	89	92	81	84
Skärholmen	79	74	72	84	84	88	88	87	83
Solna Centrum	82	76	84	91	75	84	82	85	72
Spånga	86	74	82	88	81	94	78	89	85
Stocksund	92	77	71	89	81	93	92	92	88
Surbrunn	92	66	87	76	82	92	93	80	91
Sätra	80	62	62	85	71	71	77	48	60
Tallhöjden	91	82	58	89	68	86	86	69	74
Tensta	76	59	85	86	87	87	93	79	85
Torsvik	90	77	89	90	83	89	83	89	90
Traneberg	93	62	84	90	95	92	94	92	91
Trollbäcken	84	63	80	93	82	96	91	89	85
Trångsund	80	63	77	86	97	90	91	95	90
Tullinge	84	55	68	88	86	89	89	82	82
Tumba	89	67	78	82	82	88	91	90	77
Tureberg	89	71	94	78	84	87	94	87	84
Täby	89	77	75	87	82	92	87	86	78
Valsta	86	69	75	78	81	93	90	87	91
Vendelsö	92	79	95	90	84	93	91	93	92
Vårby	75	66	83	81	79	84	89	82	85
Älvsjö	89	69	84	91	86	92	93	88	90
Totalt	**86**	**68**	**80**	**86**	**85**	**89**	**88**	**84**	**85**

1) Andel listade patienter, högst 80 år, med diabetes mellitus typ 2 och som vid senaste mätning hade HbA1c högst 70 mmol/mol.

2) Andel listade patienter, högst 80 år, med diabetes mellitus typ 2 och som vid senaste mätning av blodtrycket hade högst 140/85 mmHg.

3) Andel listade patienter, högst 80 år, med diabetes mellitus typ 2 och där fotstatus finns dokumenterad.

4) Andel patienter med demensdiagnos registrerad någon gång de senaste två åren (från och med 2017-01-01 respektive 2016-01-01) och som träffat läkare på vårdcentralen någon gång under de senaste 18 månaderna.

5) Andel patienter med hjärtsviktsdiagnos registrerad någon gång de senaste två åren (från och med 2017-01-01 respektive 2016-01-01) och som träffat läkare på vårdcentralen någon gång under de senaste 18 månaderna.

6) Andel patienter med KOL-diagnos registrerad någon gång de senaste två åren (från och med 2017-01-01 respektive 2016-01-01) och som träffat läkare på vårdcentralen någon gång under de senaste 18 månaderna.

7) Ingår i Handens vårdcentral.

Bilaga 3:1

Patientenkät ASIH-enheter

Andel patienter som har svarat enligt nedan svarsalternativ för aktuell fråga. Samlat resultat presenteras i kapitel 3.

Enhet	*Upplever du, att du under vårdtiden hos oss inom ASIH blir **bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?** (%)*					*Upplever du, att du under vårdtiden hos oss får vara **delaktig i beslut om din vård på ASIH** så som du önskar? (%)*				
	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Kan ej bedöma det	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Kan ej bedöma det
Handen	89	11	0	0	0	78	20	2	0	0
Nacka	89	11	0	0	0	82	14	0	0	5
Danderyd	91	9	0	0	0	75	24	0	0	2
Järfälla Upplands Bro	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Sabbatsberg	79	21	0	0	0	52	35	6	0	6
Solna Sundbyberg	80	17	0	0	2	68	23	3	0	5
Långbro Park Norra	89	11	0	0	0	76	20	2	0	2
Långbro Park Väst	81	19	0	0	0	70	30	0	0	0
Långbro Park Öst	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Huddinge	91	6	0	0	3	93	7	0	0	0
TOTAL	**86**	**14**	**0**	**0**	**0**	**72**	**24**	**2**	**0**	**3**

Enhet	*Upplever du, att du under vårdtiden får **tillräcklig information om ditt tillstånd** av oss på ASIH? (%)*					*När du ringer till ASIH, upplever du att du får **kontakt inom rimlig tid?** (%)*				
	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Kan ej bedöma det	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Kan ej bedöma det
Handen	70	28	0	0	2	79	17	0	0	5
Nacka	76	24	0	0	0	85	9	0	0	7
Danderyd	78	16	2	2	2	91	4	0	0	5
Järfälla Upplands Bro	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Sabbatsberg	56	27	10	0	6	79	13	4	0	4
Solna Sundbyberg	68	23	5	0	3	77	13	0	0	10
Långbro Park Norra	53	40	2	0	5	78	15	0	0	7
Långbro Park Väst	58	33	6	0	3	82	16	0	0	3
Långbro Park Öst	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Huddinge	79	18	0	0	3	85	6	0	0	9
TOTAL	**67**	**26**	**3**	**0**	**3**	**81**	**12**	**1**	**0**	**6**

Enhet	*Skulle du **rekommendera din ASIH-enhet** till en vän med behov av avancerad sjukvård i hemmet? (%)*				
	Ja, definitivt	Ja, troligen	Nej	Vet ej	Antal svar 2)
Handen	89	9	0	2	*45*
Nacka	93	2	0	4	*46*
Danderyd	98	2	0	0	*55*
Järfälla Upplands Bro	1)	1)	1)	1)	*1)*
Sabbatsberg	85	13	2	0	*48*
Solna Sundbyberg	87	10	2	2	*60*
Långbro Park Norra	84	11	0	5	*56*
Långbro Park Väst	95	3	0	3	*38*
Långbro Park Öst	1)	1)	1)	1)	*1)*
Huddinge	94	6	0	0	*35*
TOTAL	**91**	**7**	**0**	**2**	**436**

1) Resultat från patientenkäter med <30 svar särredovisas inte.

2) Antal patienter som har svarat på frågan *Skulle du rekommendera din ASIH-enhet till en vän med behov av avancerad sjukvård i hemmet?*

Bilaga 3:2

Patientenkät Geriatriska kliniker

Andel patienter som har svarat enligt nedan svarsalternativ för aktuell fråga. Samlat resultat presenteras i kapitel 3.

Klinik	*Upplever du, att du under vårdtiden hos oss har blivit **bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt**? (%)*				*Upplever du, att du under vårdtiden hos oss har fått **tillräcklig information om ditt tillstånd**? (%)*				*Upplever du, att du under vårdtiden hos oss fått vara **delaktig i beslut om din vård** så som du önskade? (%)*				*Skulle du **kunna rekommendera oss till andra**? (%)*				Antal svar 1)	
	Ja, helt och hållet		Delvis		Ja, helt och hållet		Delvis		Ja, helt och hållet		Delvis		Ja 2)		Delvis			
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017
Sabbatsbergsgeriatriken	81	84	16	13	69	68	20	19	65	69	17	21	82	85	13	11	*1335*	*423*
Jakobsbergsgeriatriken	92	90	6	8	78	72	13	15	74	63	12	16	89	89	4	5	*676*	*870*
Danderydsgeriatriken	88	79	11	7	70	63	17	14	65	64	21	16	85	77	8	5	*890*	*580*
TOTAL	**85**	**86**	**12**	**9**	**71**	**69**	**18**	**16**	**67**	**65**	**17**	**17**	**85**	**84**	**10**	**6**	***2901***	***1873***

1) Antal patienter som har svarat på enkäten.

2) Svarsalternativet på denna fråga var "ja" 2018. Motsvarande svarsalternativ 2017 var "ja, helt och hållet".

Bilaga 4:1

Patientenkät allmänpsykiatri

Andel patienter som har svarat positivt 1) på aktuell fråga. Samlat resultat presenteras i kapitel 3.

Klinik	*Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din vård/ behandling? (%)*		*Skulle du rekommendera mottagningen/avdelningen till någon i din situation? (%)*		*Antal svar 3)*	
	Öppenvård	Heldygnsvård	Öppenvård	Heldygnsvård	Öppenvård	Heldygnsvård
Psykiatri Nordväst	81	65	76	72	*594*	*144*
Norra Sthlms psykiatri 2)	85	70	83	77	*1059*	*159*
Psykiatri Södra Sthlm	80	64	75	71	*663*	*162*
Psykiatri Sydväst	85	70	82	75	*417*	*148*
Psykiatricentrum Södertälje	79	83	76	75	*250*	*37*
TOTAL	**83**	**68**	**79**	**74**	***2983***	***650***

1) Andel patienter (%) som svarat mest positivt (dvs de två mest positiva svaren av fem på en femgradiga skala).

2) Exklusive Länsakuten.

3) Antal patienter som svarat på enkäten.

Bilaga 4:2

Patientenkät psykiatri patienter under 18 år

Andel patienter som har svarat positivt 1) på aktuell fråga. Samlat resultat presenteras i kapitel 3.

Klinik	*Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten om din/ditt barns vård/behandling? (%)*	*Skulle du rekommendera mottagningen till någon i din/ditt barns situation? (%)*	*Antal svar 3)*
	Öppenvård	Öppenvård	
BUP	85	76	1 593
Maria Ungdom	87	86	63
Stockholms centrum för ätstörningar	75	82	28
TOTAL 2)	**85**	**76**	**1 684**

1) Andel patienter (%) som svarat mest positivt (dvs de två mest positiva svaren av fem på en femgradiga skala).

2) För patienter yngre än 18 år finns inte resultat för Psykiatricentrum Södertälje tillgängligt pga för få svar.

3) Antal patienter som svarat på enkäten.

Bilaga 5:1

Tillgänglighet Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar

Nyckeltal för BUP-mottagningar som belyser olika aspekter av tillgänglighet. Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

Mottagning	Andel patienter som erbjudits tid inom 30 dagar (%)		Andel patienter som påbörjat beslutad åtgärd [1] inom 30 dagar (%)		Antal dagar mellan besök i öppenvård och mellanvård [2]	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017
Brommaplan	71	74	85	83	14	18
Danderyd	94	78	88	86	23	21
Ektorp	97	100	95	97	19	14
Farsta	99	99	89	90	22	21
Globen	97	99	97	97	19	13
Huddinge	89	93	81	90	28	18
Jakobsberg	82	92	88	93	15	13
Kungsholmen	92	82	85	91	16	14
Skärholmen	95	90	80	80	25	16
Sollentuna	95	65	78	83	24	27
Solna	49	87	82	85	17	17
Södertälje	93	93	79	85	11	15
Täby	94	90	87	87	22	18
Totalt	**90**	**89**	**87**	**89**	**20**	**17**

1) Åtgärd innebär fördjupad utredning eller behandling.

2) Antal dagar (median) mellan senaste besök i öppenvård och första möte med mellanvård.

Bilaga 5:2

Tillgänglighet vårdcentraler

Nyckeltal för vårdcentraler som belyser en aspekt av tillgänglighet. Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

Mottagning	Andel telefonsamtal som besvarats inom godkänd tid (%)	
	2018	2017
Abrahamsberg	99	91
Alby	93	96
Axelsberg	85	92
Barkarby	93	88
Bergshamra Ulriksdal	93	96
Bollmora	49	45
Boo	82	73
Brandbergen	89	71
Bredäng	93	88
Brommaplan	87	85
Djursholm	98	99
Djurö	99	100
Ektorp	90	87
Enebyberg	95	94
Essingen	99	99
Fisksätra	88	83
Fittja	93	92
Flemingsberg	82	87
Forum	87	92
Gröndal	83	85
Gustavsberg	96	98
Gärdet	53	78
Hagalund Frösunda	92	97
Hallonbergen	96	94
Hallunda	95	88
Handen	94	86
Huddinge	80	82
Husby Akalla	95	91
Hässelby	96	99
Jakobsberg	93	76
Johannes	94	95
Jordbro	82	93
Kista	90	86
Korallen	89	84
Kungsängen	96	90
Liljeholmen	70	74
Liseberg	78	94
Luna	94	94
Mörby	95	93
Norrviken	96	97
Rinkeby	97	98
Rissne	99	98
Rotebro	97	98
Råsunda	89	93
Salem	98	99
Segeltorp	92	97
Sigtuna	76	89
Skärholmen	100	83
Solna	96	97
Spånga	88	84
Stocksund	97	99
Surbrunn	98	99
Sätra	93	96
Tallhöjden	65	67
Tensta	85	98
Torsvik	98	99
Traneberg	87	91
Trollbäcken	82	88
Trångsund	91	91
Tullinge	80	94
Tumba	87	88
Tureberg	98	97
Täby	97	87
Valsta	94	85
Vendelsö	89	83
Vårby	94	93
Älvsjö	84	82
Totalt	**90**	**90**

Bilaga 5:3

Tillgänglighet primärvårdsrehabilitering (%)

Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

Mottagning	Insatser inom 1 vardag [1]	
	2018	2017
Bromma Rehab Västra	94	99
Dalen Rehab Södra	96	99
Ekerö Rehab Västra	99	99
Farsta Rehab Södra	95	99
Haninge Rehab	97	93
Högdalen Rehab Södra	99	98
Järfälla Rehab Nordväst	94	99
Kista Rehab Västra	99	98
Lidingö Rehab	100	98
Luna Rehab	90	99
Märsta Rehab	100	99
Mörby Rehab	98	99
Nacka RehabCentrum	91	96
Rehab Bollmora	98	97
Rehab City Kungsholmen	95	96
Rehab City Norrmalm	98	95
Rehab City Östermalm	99	100
Rehab Nordost Täby	93	97
Salem Rehab	2)	88
Solna Rehab Nordväst	97	98
Spånga Rehab Västra	100	97
Sundbyberg Rehab Nordväst	99	100
Södermalm Rehab Södra	99	99
Tallhöjden Rehab	93	95
Upplands Bro Rehab Nordväst	97	98
Vallentuna Rehab	98	100
Vaxholm Rehab	100	98
Värmdö Rehab	80	85
Åkersberga Rehab AktivaRe	95	96
Totalt	**97**	**98**

1) Andel patienter utskrivna från sjukhus i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet och som erbjudits insatser inom en vardag.

2) Resultat som omfattar färre än 30 patienter särredovisas inte.

Bilaga 5:4

Tillgänglighet neuroteam (%)

Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

Team	Insats inom 2 vardagar [1]	
	2018	2017
Neuroteam Haninge/Tyresö/Nynäshamn	98	96
Neuroteam Järfälla Rehab Nordväst	99	97
Neuroteam Lidingö/Danderyd	97	97
Neuroteam Nacka RehabCentrum	99	98
Neuroteam Rehab Södra	99	99
Neuroteam Rehab Västra	89	98
Neuroteam Sigtuna/Upplands Väsby/Vallentuna	100	100
Neuroteam Sundbyberg Rehab Nordväst	100	100
Neuroteam Södertälje	100	87
Neuroteam Täby Nordost	97	98
Neuroteam Värmdö	94	93
Rehab City Neuroteam	98	95
Totalt	**98**	**97**

1) Andel patienter som erbjudits insatser inom två vardagar efter sjukhusvistelsen.

Vanliga förkortningar

ADD	Attention deficit disorder
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BHK	Basala hygienrutiner och klädregler
BMI	Body Mass Index
BVC	Barnavårdscentral
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
C-GAS	Children's Global Assessment Scale
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
ECT	Electroconvulsive Therapy
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom
LPT	Lag om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag om rättspsykiatrisk vård
MADRS-S	Montgomery Åsberg Depression Rating Scale
NYHA	New York Heart Association
PDT	Psykodynamisk psykoterapi
RHI	Rösthandikappindex
RMI	Rivermead Mobility Index
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
VAS	Visual Analog Scale

Referenslista

HSF, höstmätning av vårdrelaterad infektion, 2018
Regionalt vårdprogram fallprevention, SLL 2008
Socialstyrelsen 2012-5-1, Nationell riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, 2012
Socialstyrelsen 2017-12-1, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, 2017
Socialstyrelsen 2017-12-2, Vård och omsorg vid demenssjukdom, 2017
eHälsomyndigheten 2018, ehalsomyndigheten.se/lakemedelsflodet.se - översikt

Redaktion: Eva Gerlofson, Linda Åkesson, Joachim Ljungh Stenström och medarbetare i SLSO.

Produktion: Verksamhetsstöd Kommunikation SLSO.

Foto: © Yanan Li (där inte annat anges).

Illustrationer: Martin Thelander, karta insida pärm.
Linda Nordfors, mönster insida pärm.

Prepress och tryck: Danagård Litho.

Tack alla som medverkat!

Ett särskilt tack till patienter och medarbetare som ställt upp för fotografering på
Solna ungdomsmottagning, Centrum för diabetes, Nacka rehab, Rehab Nordost, BUP Solna,
Sabbatsbergsgeriatriken, Rosenlund H & H, Hjälpmedel Stockholm, Psykiatri NV Danderyd,
Centrum för cancerrehabilitering, Högdalens BVC, Norra Stockholms psykiatri, Täby BMM,
Mansmottagningen, Maria Ungdom, ASIH Södra, Korallen & Lagunen H & H, Johannes HLM,
Kista logopedi, Korallen Puffa Ungdom, Transkulturellt centrum, Psykosmottagningen Södra,
Järfälla rehab, Internetpsykiatri, Jakobsbergsgeriatriken, StoCKK, Tranebergs VC.

© Stockholms läns sjukvårdsområde 2019







Stockholms läns sjukvårdsområde
Box 45436, 104 31 Stockholm
Besöksadress: Solnavägen 1E
slso.sll.se

Svensk Certifiering

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING