Patientsäkerhetsberättelse 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska vara färdigställd och tillgänglig för den som önskar ta del av den senast den 1 mars året efter.

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) patientsäkerhetberättelse 2019 var färdigställd 2020-03-01.

Berättelsen har flera syften, i första hand bättre uppföljning av och kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom förenklar den för andra intressenter exempelvis patienter, allmänheten, andra vårdgivare och patientorganisationer att få tillgång till information om patientsäkerhetsarbetet samt underlättar också Socialstyrelsens tillsyn av verksamheten.

Berättelsen ger en samlad bild av vad som gjorts och på vilket sätt samt vilka resultat som har uppnåtts i patientsäkerhetsarbetet inom SLSO under året.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Anna-Lena Berggren
Chefläkare

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)







2019

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde 3
SLSO som vårdgivare och organisation 4
Sammanfattning 5
2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året 9
2.1 Vårdrelaterade infektioner 9
2.2 Läkemedel 12
2.3 Risk- och avvikelsehantering 16
2.3.1 Riskhantering 16
2.3.2 Avvikelsehantering 16
2.4 Hantering av synpunkter och klagomål 17
2.5 Utredning av vårdskador 19
2.6 Informationssäkerhet 21
2.7 Patientsäkerhetskultur 21
3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter 22
3.1 Primärvård 23
3.2 Psykiatri 26
3.3 Geriatrik, Närakuter, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och somatisk specialistvård 35
3.3.1 Geriatrik 35
3.3.2 Närakut 35
3.3.3 ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra 35
3.3.4 Akademiskt specialistcentrum 36
3.3.5 Centrum för cancerrehabilitering 36
3.3.6 Team Äldredoktorn 36
3.4 Habilitering och Hjälpmedel 36
3.4.1 Habilitering och hälsa 36
3.4.2 Tolkcentralen 37
3.4.3 Hjälpmedel Stockholm 37
3.4.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet 38
3.5 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) 38
4. Övergripande strategier och mål för 2020 och kommande år 39

Patientsäkerhetsberättelse 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i Region Stockholms regi. Årligen genomförs inom SLSO:s verksamheter drygt 5,3 miljoner öppenvårdsbesök, cirka 436 000 vårddygn i slutenvård och cirka 210 000 vårddygn i avancerad sjukvård i hemmet. Samverkan sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.
SLSO bedriver hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, närakutverksamhet, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), akademiskt specialistcentrum, centrum för cancerrehabilitering, habilitering och hjälpmedelsverksamhet. SLSO har också omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet samt ansvarar för Region Stockholms enhet för kris- och katastrofpsykologi (RKK).

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

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom SLSO är en del av vårt sammanhållna och sedan 2013 certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Anna-Lena Berggren
Chefläkare

Elizabet Haking
Chefläkare

SLSO som vårdgivare och organisation

SLSO erbjuder vård i livets alla skeenden. Många av våra verksamheter är människors första kontakt med sjukvården. SLSO svarar för Region Stockholms egenägda primärvård, psykiatri, närakutverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, habilitering, tolkcentral, avancerad sjukvård i hemmet, geriatrik, akademiskt specialistcentrum och centrum för cancerrehabilitering. De olika verksamheternas inriktning, uppdrag och ersättning regleras i avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden enligt regionens beställar- och utförarmodell.

I samverkan med Karolinska Institutet bedriver SLSO forskning och utbildning inom allmänmedicin, geriatrik, psykiatri, somatisk specialistvård, habilitering, palliativ vård och folkhälsa samt dessutom inom kris- och katastrofpsykologi. Samverkan sker med övriga verksamheter inom Region Stockholm och berörda kommuner.



SLSO har verksamheter lokaliserade i hela Stockholms län förutom Norrtälje kommun. SLSO är organiserad i självständiga resultatenheter (RE) där beslut om vård och behandling fattas nära patienter, brukare och närstående. En resultatenhet är t.ex. en vårdcentral eller en geriatrisk klinik med avdelningar och mottagningsverksamhet.

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har under året fokuserat framförallt på förebyggande insatser i form av riskrapportering och riskanalyser. Arbetet fortsätter med rapportering och handläggning av avvikelser i vården, klagomålshantering, journalgranskning, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel och informationsöverföring. En central del i patientsäkerhetsarbetet är att genom rapportering av risker och vårdavvikelser inom varje resultatenhet identifiera patientsäkerhetsrisker, analysera orsakerna till dessa och ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera säkerhetsrisker.

Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att stärkas. Resultatenheterna upprättar en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och de skriver en egen patientsäkerhetsberättelse för året.

Antalet risk- och avvikelserapporter har ökat något jämfört med 2018. Risk- och avvikelserapporteringen skiljer sig mellan olika vårdgrenar och verksamheter vilket sannolikt kan förklaras av skillnader i verksamheternas uppdrag och vårdens innehåll men också i skillnader i patientsäkerhetskultur.

En mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs i samband med den årliga medarbetarenkäten. I mätningen ingår nationellt gemensamma frågor s.k. HSE-frågor (HSE = Hållbart Säkerhets Engagemang). Resultatet var även i år bra beträffande frågor som specifikt speglar patientsäkerhetskultur. Patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet är ett fortsatt förbättringsområde.

Klagomål, synpunkter och anmälningsärenden från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. SLSO har en central patientvägledarfunktion för att säkerställa tillgänglighet för klagomål och synpunkter. Inom regionen genomfördes och utvärderades ett pilotprojekt för att göra det möjligt att framföra synpunkter och klagomål digitalt till vården.

Cirka 80 % av inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) berör primärvård och psykiatri. Totala antalet inkomna ärenden har minskat något vid jämförelse med 2018. En viss ökning ses fortfarande för närakuterna, en förhållandevis ny akutverksamhet inom SLSO.

Antalet klagomål inkomna via IVO till SLSO låg på ungefär samma nivå som 2018 och med en likartad fördelning mellan vårdgrenar.

Under 2019 inleddes 288 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud skulle föranleda en lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 125 utredningar lett till anmälan och i 63 ärenden pågår utredningen. Antalet lex Maria anmälningar minskade 2018 på grund av att den tidigare obligatoriska lex Maria anmälan vid självmord och självmordsförsök togs bort. Detta innebär att enbart självmord och självmordsförsök som bedömts vara en allvarlig vårdskada lex Maria anmäls. Inom SLSO gäller att alla självmord och självmordsförsök ska utredas.

Under 2019 har 5 medarbetare eller före detta medarbetare anmälts till IVO, enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §. Detta pga att de under sin tjänstgöring inom SLSO uppvisat sådana brister i yrkesutövningen att det bedömts finnas skälig anledning att befara att de kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2019

Förbättrad antibiotikaförskrivning

- **Mål:** Mindre än 158 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- **Resultat:** 108 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.

Kommentar: Målet uppnåddes med bred marginal och bidrog därmed till en minskad antibiotikaförskrivning. För att Region Stockholm ska uppnå det nationella målet för antibiotikaförskrivning (250 recept per 1 000 invånare) måste arbetet med förbättrad och minskad förskrivning av antibiotika fortsätta.

Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalens mätning 2019

- **Mål:** Andelen patienter med VRI ska vara lägre än 5,0 %.
- **Resultat:** 2,2 %.
- **Kommentar:** Målet uppnåddes och andelen patienter med VRI var jämförelsevis låg. Andelen var också lägre än föregående år. Den låga andelen patienter med VRI beror till del på att VRI är mindre förekommande inom psykiatrisk verksamhet. Den tillämpade mätmetoden punktprevalensmätning (PPM) innebär att resultatet för en enhet, klinik, vårdgren och för hela SLSO slumpmässigt kan variera stort vid olika mättillfällen. Många registrerade VRI har uppkommit vid vård inom andra verksamheter.

Säker och effektiv läkemedelsförskrivning

- **Mål:** Följsamheten till Kloka Listan ska vara högre än eller lika med 86 %.
- **Resultat:** 85 %.
- **Kommentar:** Målet uppnåddes inte men resultatet är mycket nära målnivån. Kloka listan innehåller läkemedel som rekommenderas för behandling av vanliga sjukdomar. Dessutom finns en tilläggslista med rekommenderade läkemedel för behandling av patienter med mindre vanliga sjukdomar. Dessa patienter vårdas ofta inom specialiserad vårdverksamhet som t.ex. psykiatri och ASIH. Vid den totala mätningen av följsamheten till Kloka listan ingår inte läkemedel på tilläggslistan. Då SLSO har en stor andel specialiserad vårdverksamhet medför det ett lägre resultat än om läkemedel på tilläggslistan hade ingått.

Andelen patienter som träffar samma läkare eller behandlare ska öka

- **Mål:** Andelen ska öka
- **Resultat:** 76 %
- **Kommentar:** Resultatet 2019 var av samma storleksordning som 2018 (77 %). Målet uppnåddes därmed inte. Detta är ett område vi behöver förbättra. Hög kontinuitet gynnar patientsäkerheten.

Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) ska vara ≤7,5%

- **Mål:** ≤7,5 %
- **Resultat:** 7,3 %
- **Kommentar:** Målet uppnåddes.

Kvalitetsindex

- **Mål:** ≥ 50 %.
- **Resultat:** 57 %
- **Kommentar:** Detta är ett grovt mått på kvalitetsutvecklingen för SLSO som helhet. Måttet redovisas för SLSO:s nämnd. Måttet är ett kompositmått som består av ett femtiotal kvalitetsindikatorer framtagen av en expertgrupp som representerar alla delar av SLSO:s verksamheter. Samtliga av dessa indikatorer ingår och redovisas i SLSO:s kvalitetsbokslut.

Utvecklingen av patientsäkerheten inom SLSO

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete syftar till att minska antalet vårdskador och inte minst allvarliga vårdskador.
SLSO använder Region Stockholms risk- och avvikelsehanteringssystem HändelseVis. I systemet rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse är ett tillbud eller en negativ händelse som bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten.
Sedan hösten 2017 utförs en vårdskadebedömning på de rapporterade negativa händelser som medfört konsekvens för patienten. Syftet är att upptäcka och förbättra uppföljningen av vårdskador och därmed patientsäkerheten. Se tabell 1. Enligt rutin utreds en händelse som medfört katastrofal eller betydande konsekvens för patienten ytterligare, detta för att få fram om en allvarlig vårdskada inträffat. Chefläkare bedömer om lex Maria anmälan ska göras utifrån utredning om allvarlig vårdskada.

Tabell 1.

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Antal vårdavvikelse som haft konsekvens för patienten	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Antal bedömda som vårdskada
2015	8 146	5 144	370	
2016	8 626	5 302	453	
2017	8 232	5 363	432	78*
2018	7 984	5 137	405	154
2019	7 650	4 751	464	167

*Endast del av året

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SLSO:s ledningsorganisation består av sjukvårdsområdes-, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledning. SLSO:s styrelse som ansvarar för verksamheten, inklusive patientsäkerhet, får sitt uppdrag av Regionstyrelsen. SLSO:s sjukvårdsdirektör får sitt uppdrag av SLSO:s styrelse. Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten har sjukvårdsdirektören

som till stöd i uppdraget har biträdande sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdeschefer och administrativa chefer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören i övergripande medicinska- och patientsäkerhetsfrågor. Verksamhetsområdeschefen ansvarar för den samlade verksamheten och patientsäkerheten inom ett verksamhetsområde, (VO). SLSO var under året organiserad i fem verksamhetsområden, VO Primärvård, VO Psykiatri, VO Somatisk specialistvård, VO Habilitering och Hjälpmedel och VO Forskning, utbildning och utveckling. Inom respektive resultatenhet ansvarar verksamhetschefen för patientsäkerheten. Beroende på resultatenhetens inriktning och storlek bistås verksamhetschefen i patientsäkerhetsarbetet av patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsombud, medicinskt ansvarig läkare (MAL) och inom psykiatrin chefsöverläkare.

Inom SLSO finns ett gemensamt centralt verksamhetsstöd med enheter som hanterar strategiska frågor, övergripande ledningsfrågor och verksamhetstödjande insatser. En av dessa enheter är Verksamhetsstöd patientsäkerhet (VSPS), i denna ingår chefläkare och sjukhusapoteksfunktion. VSPS genomför patientsäkerhetsdialoger i verksamheterna, erbjuder planeringsdagskoncept med tema patientsäkerhet samt expert- och processtöd i risk- och händelseanalyser. Enheten har under året också erbjudit expertstöd i vårdhygien-, läkemedelsfrågor, stöd vid tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och stöd i den lokala handläggningen av vårdskador och lex Maria ärenden.

Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystem innebär att tillämpa ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i ledning och styrning av verksamheten. Detta för att leva upp till lagar, föreskrifter och andra regelverk, leverera utförande och resultat enligt avtalade vårduppdrag och ägardirektiv samt uppnå Region Stockholms och SLSO:s mål.
SLSO:s ledningssystem följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete” (AFS 2001:01). SLSO:s ledningssystem är sedan 2013 certifierat enligt standarden ISO 9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och ISO 45001 avseende arbetsmiljö.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. Detta omfattar uppföljning av en årlig internkontrollplan som bygger på en övergripande riskanalys. Ett urval av resultatenheterna genomför årligen en systematisk intern revision inom ett antal risk-/strategiska områden.

Samtliga resultatenheter ska, utifrån en analys av patientsäkerhetsriskerna i verksamheten, upprätta en årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och sammanfatta genomförandet av handlingsplanen och övrigt patientsäkerhetsarbete under året i en patientsäkerhets-berättelse.
Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhet fastställs i SLSO:s budget. Dessa mål kompletteras med specifika mål inom respektive VO och som resultatenheterna ska uppnå. Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs upp systematiskt. Detta görs bland annat genom avvikelse- och klagomålshantering, patientenkäter, patientdata från journaler, regelbundna uppföljningar och bokslutsuppföljningar för samtliga resultatenheter. Resultaten analyseras av SLSO:s ledning, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledningar. Vid behov beslutas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras till uppdragsgivaren, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inom Region Stockholm. SLSO:s samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör ett underlag för det systematiska förbättringsarbetet.
SLSO:s verksamheter deltar i för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister. Data från dessa analyseras lokalt i verksamheten och ligger till grund för kvalitetsarbetet med syfte att nå ökad patientsäkerhet och medicinska resultatförbättringar.

2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året

Under året har patientsäkerhets- och förbättringsarbetet fortsatt med regionens övergripande nollvision för vårdskador. Fokus ligger på utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete. De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring, behandling, omvårdnad och läkemedelshantering.

Sammanhållen journalföring bidrar till en patientsäker vård. Inom SLSO:s verksamhetsområden pågår utvecklings- och förbättringsarbete med att skapa standardiserade vårdprocesser och arbetssätt utifrån evidensbaserad kunskap. Syftet är att säkerställa att patienterna erbjuds en kunskaps- och behovsbaserad, likvärdig och säker vård. Inom området strukturerade vårddata och informatik bedrivs utvecklings- och förbättringsarbete. Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvarata klagomål och förbättringsförslag. På central nivå har SLSO regelbundna möten med pensionärs- och handikapporganisationer. SLSO har deltagit i Region Stockholms gemensamma patientsäkerhetsarbete.

2.1 Vårdrelaterade infektioner

VRI är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. VRI svarar för cirka 30 % av samtliga vårdskador i den somatiska sjukvården och utgör ett av de största hoten mot patientsäkerheten i hälso- och sjukvården.

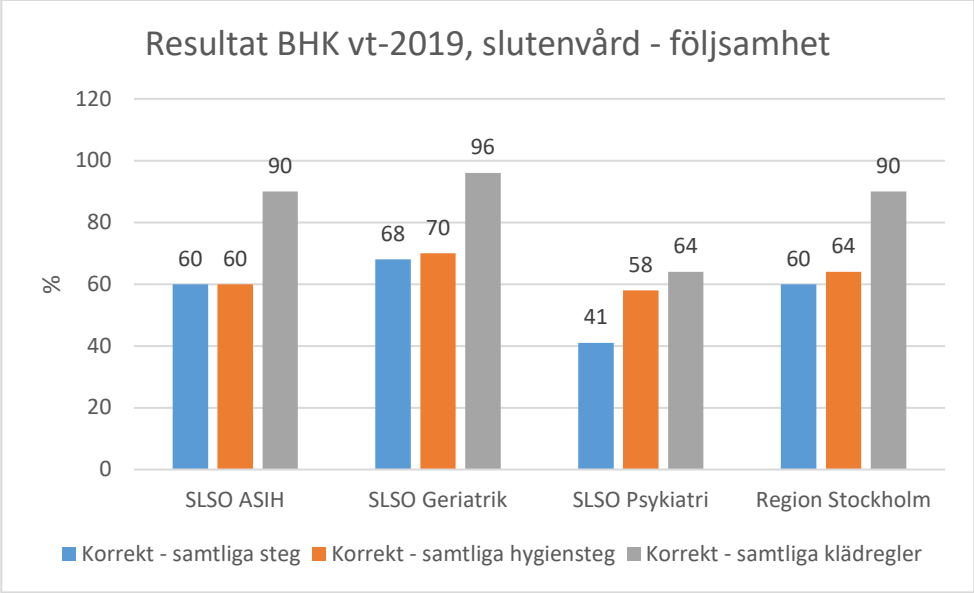
Inom Region Stockholm finns ett handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården. SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bland annat informationskampanjer och återkommande mätningar.

Sedan 2008 deltar slutenvården i punktprevalensmätningar (PPM-VRI) varje vår och höst. Andel patienter med VRI vid vårens mätning 2019 var 7,9 % inom geriatriken (8,4 % våren 2018), 7,7 % inom ASIH (oförändrat vid jfr med våren 2018) och 0,74 % inom psykiatrin (1,5 % våren 2018). Dessa prevalenssiffror är i samklang med motsvarande siffror för hela Region Stockholm (somatik 7,7 %, psykiatri 0,3 %). Inom geriatrisk slutenvård och ASIH vårdas en stor andel patienter med multipla riskfaktorer vilket delvis kan förklara den relativt högre förekomsten av VRI i dessa vårdgrenar. Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

Basala hygienrutiner
Tillämpning av basala hygienrutiner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att minska förekomsten av VRI och förhindra smittspridning inom vården. Basala hygienrutiner beskrivs i Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10 och ändringsförfattning HSLF-FS 2017:6). Dessa rutiner ska tillämpas av all hälso- och sjukvårdspersonal vid undersökning, vård och behandling eller vid annan direktkontakt med patienter, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen. Det rör sig om enkla och mycket effektiva rutiner som att inte bära klocka, ringar och andra smycken, ha korta naglar, ha uppsatt hår, använda handsprit före och efter patientmöte, använda handskar samt vara rätt klädd vid patientmötet. Om man följer dessa rutiner och klädesregler minskar risken för smittspridning och vården blir säkrare för patienterna.
SLSO deltar i punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) inom sluten- och öppenvård varje vår och höst. Resultatet av PPM-BHK för slutenvård våren 2019 visas i figur 1, där jämförelse görs med samtliga slutenvårdsenheter inom Region Stockholm. Vårmätningen 2019 visar att följsamheten till

hygiensteg/klädregler följs marginellt bättre inom geriatriken jämfört med 2018. För slutenvårdspsykiatrin har följsamheten stigit jämfört med 2018. ASIH visar oförändrade siffror jämfört med 2018.

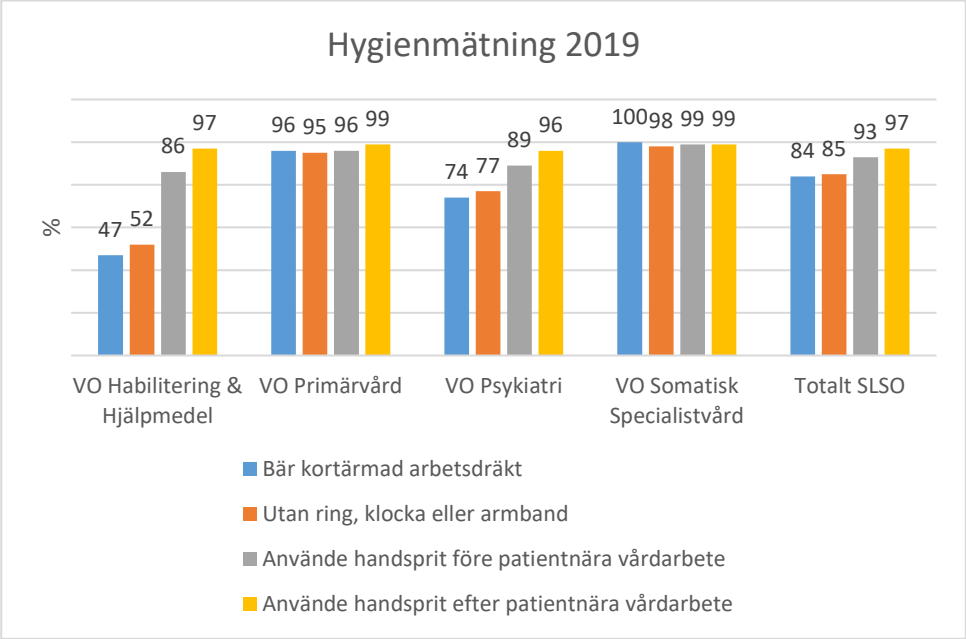
Figur 1.



SLSO genomför även en årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Enkäten besvaras av medarbetare i vårdnära arbete från samtliga verksamhetsområden. Följsamhet till basala hygienrutiner registreras av medarbetarna vid ett tillfälle, i samband med dagens första patientmöte.

Hygienenkäten 2019 visar att de basala hygienrutinerna följs marginellt bättre inom VO primärvård, VO somatisk specialistvård och VO Habilitering & Hjälpmedel jämfört med 2018. För VO Psykiatri har följsamheten till såväl hygienparametrar som klädesregler stigit. Se figur 2.

Figur 2.



Städning av vårdlokaler är viktigt för att skapa god hygien och bidrar till att förebygga uppkomsten av VRI. De flesta verksamheter anlitar SLSO:s upphandlade städföretag som ska utföra städning enligt vårdhygienisk standard. En del verksamheter har egna anställda lokalvårdare och vissa verksamheter på mindre sjukhusområden anlitar Locums fastighetsvård för städning enligt samma standard.

Samarbete med Vårdhygien Stockholm
SLSO har ett avtalsbaserat samarbete med Vårdhygien Stockholm, som under 2019 har innefattat rådgivning, utbildning och kvalitetssäkring.
Råd och rekommendationer har givits till verksamheterna per e-post och telefon kring bland annat rengöring, desinfektion, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB) och calicivirusinfektion. Guidning i och hänvisning till handlingsprogram om bl ARB, luftburen smitta, influensa och calicivirus har utförts. Råd och rekommendationer har även givits vid verksamhetsbesök och har då främst handlat om basala hygienrutiner och arbetssätt för att förhindra smittspridning. Råd och rekommendationer har också givits för desinfektion av arbetsytor och medicintekniska produkter samt lagerhållning av sterila och icke sterila produkter. Råd och rekommendationer för central logistikprocess, lagerhållning och hantering av medicintekniska produkter och näringsprodukter har även givits.

Verksamheter inom SLSO har varit välkomna till Vårdhygien Stockholms utbildningar. Utbudet har bestått av grundutbildning i vårdhygien och seminarium i anmälningspliktiga resistenta bakterier för personal inom öppen- och slutenvård.

Verksamhetsförlagda utbildningar har genomförts efter önskemål, samt i vissa fall efter behov som identifierats av Vårdhygien Stockholm. Nytt under 2019 var utbildning i ”Vårdhygieniska aspekter vid lilla kirurgin”. Vårdhygienisk kvalitetssäkring av verksamheter i form av hygienrond har skett på verksamheternas begäran eller på initiativ av Vårdhygien Stockholm med anledning av misstänkt eller bekräftad smittspridning.

Under året har samtliga verksamhetsområden varit i kontakt med Vårdhygien Stockholm gällande rådgivning och varit representerade på utbildningar.

2.2 Läkemedel

Läkemedelsterapi är en av sjukvårdens vanligaste behandlingar. Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Läkemedelsterapi kan dock vara förenad med risker speciellt om användningen inte överensstämmer med den enskilda patientens förutsättningar och om hantering av läkemedel inte sker på ett korrekt sätt. Den medicinska utvecklingen har inneburit att allt fler sjukdomar är behandlingsbara och att nya potenta läkemedel tagits fram. Avvikelser inom läkemedelshanteringen är en av de vanligaste patientsäkerhetsriskerna. Verksamheterna har lokala rutiner för läkemedelshantering enligt gällande författningar och SLSO:s riktlinjer. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel samt kassation.

Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel är maskinellt förpackade läkemedel per patient och dostillfälle i dospåsar märkta med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas. Endast tabletter och kapslar som är godkända av Läkemedelsverket för dosdispensering kan dosförpackas.

För patienter med *Öppenvårdsdos* görs ordinationer i befintligt journalsystem och *förskrivningar i Pascal,* ett nationellt webbaserat förskrivningsverktyg. Dosförpackade läkemedel används för patienter, i hemmet eller på boenden, med många läkemedel och som har svårigheter med hanteringen av läkemedel. Upphandling av dosdispenserade läkemedel inom öppenvården har genomförts i Region Stockholm och tilldelats leverantören Svensk Dos AB.

Slutenvårdsdos är dosdispensering av läkemedel för slutenvård, samt avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Beställning av slutenvårdsdos skickas från journalsystemet av läkare. Användning av slutenvårdsdos syftar till säkrare läkemedelshantering, frigör sjuksköterskетid för omvårdnadsarbete och förbättrar arbetsmiljön. Det leder även till optimerat läkemedelssortiment och därmed minskad kassation av läkemedel, miljöpåverkan och kostnad. Slutenvårdsdos används av samtliga avdelningar på de geriatriska klinikerna samt inom ASIH. Slutenvårdsdostjänsten är upphandlad och avtal finns med ApoEx, Region Stockholms upphandlade externa sjukhusapotek.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Tabell 2. Antal risker och avvikelser gällande kategorin läkemedel rapporterade i HändelseVis under 2019 jämfört med 2018.

Kategorier	**Risk**		**Tillbud**		**Negativ händelse**	
	2018	**2019**	**2018**	**2019**	**2018**	**2019**
Administrering	131	101	294	234	233	249
Övrigt, läkemedel	135	139	189	157	111	83
Ordination	97	114	154	145	89	58
Läkemedelsförsörjning	72	53	67	43	11	13
Kontroll	29	20	11	13	3	3
Läkemedelsgenomgång	15	18	29	21	11	10
Produkt	6	13	8	3	4	12
Antal registrerade	485	458	752	616	462	428

Antalet rapporterade avvikelser har minskat något men ligger kvar på ungefär samma nivå som föregående år.

Arbetet med att månadsvis genomlysa inkomna avvikelser inom läkemedelsområdet har genomförts på avvikelser från primärvården. Avvikelserna har utgjort grunden för en omfattande riskanalys inom läkemedelsområdet, genomfört av verksamhetsstöd patientsäkerhet. Denna visar på olika brister som förekommer, särskilt inom hemsjukvården, samt även okunskap om förskrivningsverktyget Pascal. Resultatet har redovisats inom SLSO men även på regionnivå. Insatser för att få till förbättringsarbete planeras.

Kloka Listan

All läkemedelsbehandling ska ha som mål att vara säker och effektiv för patient och personal samt ge så liten miljöpåverkan som möjligt.
Kloka listan rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar i primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Stockholms läns läkemedelskommitté beslutar, efter förslag från läkemedelskommitténs expertråd, vilka läkemedel som ska rekommenderas i Kloka listan.
Följsamheten följs på substansnivå och mäts med DU90% som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). Följsamheten till Kloka Listan inom husläkarverksamheten ligger stadigt på en hög nivå, 91 % (91 % 2018). Geriatriken har fortsatt hög följsamhet, men sjunkit något från tidigare år 86 % (90 % 2018). För psykiatrin mäts följsamheten med tillägg för specialiserad vård. Resultatet har sjunkit för alla psykiatrikliniker och ger totalt ett värde på 74 % (81 % år 2018).

Antibiotikaförskrivning

Eftersom antibiotika har använts i stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot antibiotikan, s.k. resistens, vilken ökar i omfattning. Antibiotika ska endast ges på korrekt indikation och med korrekt dosering för att undvika biverkningar och resistensutveckling. Samverkan mot antibiotikaresistens inom regionen (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska resistensutvecklingen. Dessa handlar i första hand om att avstå från behandling. Vid behandling ska även hänsyn tas till behandlingstid och miljö.

Under 2019 sågs en minskning med 5,9 % (5,3 % 2018) av uthämtade antibiotikarecept i Stockholms län. Minskning har skett för alla åldersgrupper utom för de allra äldsta (90+). Sett till totala antalet uthämtade antibiotikarecept får små barn flest recept.

För att nå det nationella målet, 250 recept per 1 000 invånare, måste antibiotikaförskrivningen fortsätta minska i Stockholms län. På nationell nivå minskade andelen uthämtade antibiotikarecept med 3,5 %(4,2 % 2018).
Stockholms län ligger nu på femte plats i landet när det gäller hur mycket antibiotika invånarna får per person, 295 (313 st 2018) uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år. Rikssnittet är 286. Västerbotten har uppnått målet.

Husläkarverksamheterna i Region Stockholm står för mindre än hälften (40 %) av förskrivna och uthämtade antibiotikarecept. Närakuter står för 11 %, vilket är i nivå med tidigare år (12%). Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet har minskat från 123 recept (2018) till 108 recept (2019) per 1 000 listade patienter.

I statistiken för uthämtade antibiotikarecept framgår inte patientens diagnos, dosering eller behandlingstid.

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion

Urinvägsinfektion är en vanlig infektion och cirka 10 % av antibiotikaförskrivningen inom husläkarverksamhet sker på den indikationen. Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är vanligaste diagnosen av alla urinvägsinfektioner i primärvården.
Antibiotikagruppen kinoloner har största risken för resistensutveckling, därför ska användning av dessa läkemedel begränsas. I enlighet med det nationella målvärdet rekommenderar Strama att icke-kinoloner ska utgöra 90 % av urinvägsantibiotikan. Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s husläkarverksamhet fortsätter på en hög nivå och uppnår Strama:s mål, se tabell nedan.
Förskrivningen av övriga urinvägspreparat har minskat i enlighet med rekommendationerna. Urinvägsantibiotika[1]* till kvinnor har totalt minskat med 3,8 % senaste året.
[1]*Som urinvägsantibiotika räknas pivmecillinam, nitrofurantoin, trimetoprim samt kinolonerna ciprofloxacin och norfloxacin.

Tabell 3. Andel kvinnor 18-79 år som behandlades med antibiotika av icke-kinoloner.

	2018	2019
Riket	87 %	88 %
Region Stockholms vårdcentraler	93 %	94 %
SLSO vårdcentraler	93 %	93 %

Antibiotikabehandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion

Vid övre luftvägsinfektioner är det av stor betydelse att fastställa om det är en bakteriell infektion, som kräver antibiotikabehandling, eller inte. Förstahandsval vid antibiotikabehandling är penicillin V (PcV). Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0-6 år är att andelen som behandlas med PcV bör vara större än 80 %.
Andelen PcV av luftvägsantibiotika minskade något under 2019. Antalet antibiotikarecept till barn 0-6 år, där luftvägsantibiotika dominerar, minskade i Stockholms län med 9 % under 2019 jämfört med 2018 och då kan det vara rimligt att andelen PcV, som har smalt spektrum, minskar.
[2]*Som luftvägsantibiotika räknas PcV, amoxicillin, amoxicillin med klavulansyra, cefalosporiner och erytromycin

Tabell 4. Andel barn 0-6 år som vid luftvägsinfektion behandlades med PcV.

	2018	2019
Riket	76 %	75 %
SLL vårdcentraler	80 %	79 %
SLSO vårdcentraler	80 %	80 %

SLSO uppfyller Stramas mål för PcV behandling av luftvägsinfektion hos barn 0-6 år.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Verksamheterna har aktivt deltagit i framtagandet av regiongemensam standard för de termer som ska ingå vid dokumentation av fördjupad läkemedelsgenomgång.
Metoden används för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det innebär också omprövning och uppföljning av en patients totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och

förebygga läkemedelsrelaterade problem. Målet är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre.

Läkemedelsförsörjning

Alla vårdenheter beställer rekvisitionsläkemedel via upphandlad leverantör ApoEx samt använder det upphandlade beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. Beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering). Enligt Svensk författningssamling Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning är vårdgivaren skyldig att ha en sjukhusapoteksfunktion. Sjukvårdsdirektören har ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion. I funktionen ingår även chefläkare, medicinskt sakkunnig läkare, farmaceuter, verksamhetschefer samt ansvariga för alla led av läkemedelstransporterna. Funktionen samordnar, stödjer, följer upp och bistår verksamheterna med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via e-post, telefon och intranät.
SLSO ingår i Region Stockholms regionala sjukhusapoteksfunktion. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i regionerna.

Övrigt inom läkemedelsområdet

SLSO har två representanter i den centrala gaskommittén inom regionen och deltar i möten 4 gånger per år. Ansvarsfrågan i byggnader med flera vårdgivare som använder samma centrala gasanläggning utreds fortfarande.

Pilotprojektet *Sortimentsoptimering av läkemedel och granskning av användningen av miljöbelastande läkemedel* går mot avslut. Syftet är att öka kvaliteten, samt förbättra och säkerställa hela läkemedelshanteringsprocessen på enheterna. Detta påverkar även kassationen av läkemedel. Geriatrikkliniken Jakobsberg har gått över till ATC-kods ordning i läkemedelsförrådet. Detta skapar förutsättningar för säkrare hantering av läkemedel, minskad risk för förväxling och minskat sortiment. Det ökar även kunskapsnivån för sjuksköterskor eftersom läkemedel indelas efter organ och verkningsmekanism istället för bokstavsordning. Sabbatsbergsgeriatriken har infört ATC-kods ordning på en avdelning.

Inom regionens läkemedelsförsörjning ingår tjänsten *Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering*. Kvalitetsgranskningen är obligatorisk för alla enheter inom SLSO som rekvirerar läkemedel och tjänsten har använts av 228 enheter under 2019 (208 enheter år 2018). En annan upphandlad tjänst från ApoEx, *Läkemedelssupport,* dvs beställning av rekvisitionsläkemedel och skötsel av läkemedelsförrådet på enheten, har avropats av sex enheter.

Förbättringar av säkerheten i läkemedelsförråden pågår liksom planering av utbildningar för att öka kunskapen hos sjuksköterskor och verksamhetschefer om läkemedelshantering och gällande regelverk.

Fem utbildningstillfällen, för läkare och sjuksköterskor, gällande kunskap om förskrivningssystemet Pascal har genomförts under 2019. Nya utbildningstillfällen är planerade under 2020.

Samarbete mellan verksamhetsstöden e-Hälsa och Patientsäkerhet har fortsatt under året. Detta leder till ökad kunskap och förbättrad förståelse för slutenvårdsdos, dess problematik och regelverk. Information till vården blir därmed tydligare. Viss utbildning och en lathund har tagits fram för medarbetare på enheter som använder tjänsten slutenvårdsdos.
En regionövergripande arbetsgrupp med deltagare från olika vårdgivare, bland annat två från SLSO, har arbetat fram ett gemensamt utbildningsmaterial om delegering för

läkemedelshantering, med föreskrifterna HSLF-FS 2017:37 och SOSFS 1997:14 som underlag. Materialet användas inom geriatrikklinikerna samt fastställd delegeringsblankett.

SLSO har deltagit aktivt i utvecklingsarbetet som Region Stockholm, Region Gotland och Region Dalarna bedriver för att funktionen ”Administrera” i Läkemedelsmodulen i journalsystemet TakeCare anpassas till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. En pilot pågår för testning av de nya delfunktionerna ”Iordningsställa” och ”Överlämna läkemedel”. Från SLSO deltar Psykiatri nordväst (avdelning 141), Norra Stockholms psykiatri (avdelning 24 och Serafen psykos öppenvård), Sabbatsbergsgeriatriken (avdelning 71) samt hemsjukvården från Hallunda vårdcentral och Täby vårdcentral.

Verksamheterna ska i den årliga verksamhetsberättelsen rapportera antalet läkemedelsbiverkningsrapporter som har skickats till Läkemedelsverket. Antalet inskickade rapporter har ökat från tidigare år.
Läkare och sjuksköterskor i verksamheterna ska en gång per år genomföra Läkemedelsverkets e-utbildning ”Biverkningsrapportering i praktiken”. Även detta resultat ska rapporteras i resultatenhetens verksamhetsberättelse.

2.3 Risk- och avvikelsehantering

Risker, tillbud och negativa händelser ska rapporteras i HändelseVis, Region Stockholms gemensamma IT-stöd för risk- och avvikelsehantering. Systemet används inom samtliga förvaltningar och bolag som tillhör Regionen vilket möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar/bolag. De risker och avvikelser som rapporterats i systemet granskas och handläggs på enhetsnivå. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter görs en första analys av rapporten av närmaste chef som vidarebefordrar rapporten till en patientsäkerhetsgrupp som granskar, godkänner eller kompletterar de aktuella åtgärdsförslagen. Beslutade åtgärder följs sedan upp. Det finns förbättringsutrymme när det gäller verksamheternas uppföljning av åtgärder och fokus på riskförebyggande arbete.

År 2019 rapporterades det 4 383 risker, 4 382 tillbud och 4 761 negativa händelser. I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vårdavvikelser för sina enheter. På övergripande nivå sker en analys som resulterar i en handlingsplan med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år.

2.3.1 Riskhantering

Risker identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som risker. Även under 2019 har området dokumentation/informationsöverföring dominerat, där information i vårdens övergångar är en fortsatt stor risk. Risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också fortsatt stora. Medarbetarna engageras i arbetet med risker. Dessa diskuteras på APT, i ledningsgrupper, på planeringsdagar, på andra möten och det tas fram åtgärdsförslag i syfte att minimera alternativt eliminera risker.

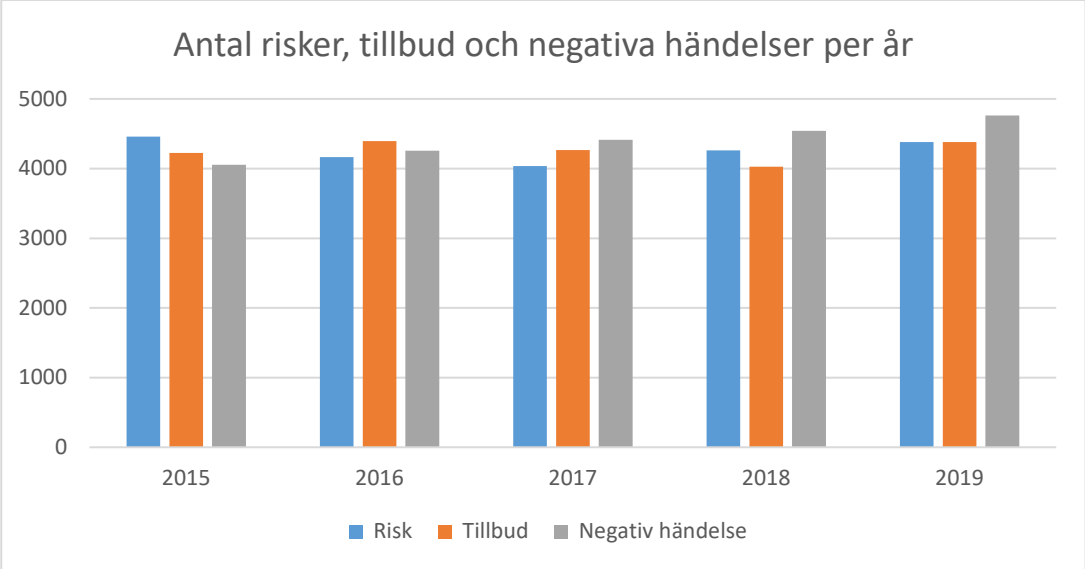
Vid större förändringar i verksamheten utförs alltid en riskanalys. Inom SLSO görs årligen en övergripande riskinventering och riskanalys inom flera strategiska områden som ligger till grund för SLSO:s internkontrollplan.

2.3.2 Avvikelsehantering

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för risk- och avvikelsehantering. Rapporteringen av avvikelser, dvs tillbud och negativa händelser, varierar mellan vårdgrenarna. Det beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur.

Inom geriatrik och ASIH är patientolycksfall vanligast, inom primärvård och Habilitering och hjälpmedel är dokumentation/informationsöverföring det mest förekommande medans det inom psykiatri är behandling/omvårdnad som är vanligast. På avvikelser som inneburit en konsekvens för patienten utförs numera en vårdskadebedömning. 2019 utfördes 2 430 vårdskadebedömningar. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker till medarbetare på APT, i ledningsgrupper och samverkansgrupper. Sedan 2015 har rapporteringen varit relativt konstant. Se figur 3.

Figur 3.



2.4 Hantering av synpunkter och klagomål

Klagomål via Patientnämnden

Patientnämnden (PaN) är en fristående och opartisk instans med en egen förvaltning. PaN ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. PaN handlägger en del av klagomålen själva och övriga ärenden som berör SLSO skickas till registrator. Samtliga inkomna klagomål vidarebefordras till berörd verksamhet för att utredas och besvaras. Svaren från verksamheten granskas av patientvägledaren och chefläkare innan de skickas till PaN. Psykiatriärenden granskas av VO Psykiatris stödfunktion för patientsäkerhet som ger rådgivning inför svar. PaN skickar alla svar till anmälaren. Klagomålen ses som ett lärande och bör utgöra grund för kvalitetsförbättringar i verksamheterna.

Cirka 80 % av inkomna klagomål berör primärvård och psykiatri. Totala antalet inkomna ärenden har minskat något vid jämförelse med 2018. En viss ökning ses fortfarande för närakuterna, en förhållandevis ny nivå av akutverksamhet.

Tabell 5. Antal klagomålsärenden via PaN.

	2015	2016	2017	2018	2019
Primärvård	211	247	251	277	255
Psykiatri	244	234	214	214	199
Närakuter				78	95
Habilitering och hjälpmedel/Tolk	7	19	14	30	11
Geriatrik/ASIH	14	11	7	10	14
CAMM[1]				1	0
ASC[2]				0	4
Övrigt[3]					3
Totalt	**476**	**511**	**486**	**610**	**581**

1. Centrum för arbets- och miljömedicin
2. Akademiskt Specialistcentrum
3. Förbrukningsläkemedel i hemmet. SLSO centralt (fakturahantering).

Cirka hälften av klagomålen kategoriseras av PaN under vård och behandling. Det handlar oftast om att man är missnöjd med den behandling som man fått eller att man blivit nekad utredning eller behandling. En del av dessa klagomål kan gälla fördröjd diagnos vilket ibland har orsakat utökat vårdbehov. Näst efter vård och behandling handlar ärendena om tillgänglighet och bemötande, t.ex. att det är svårt att komma fram på telefon eller att det tar lång tid att få ett besök.

Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) hanterar inkomna klagomål från patienter som handlar om informations- och kommunikationsbrister, diagnostik, vård och behandling, läkemedelsbehandling m.m. Sedan 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående kan framföra klagomål till IVO. Anmälaren ska i första hand framföra klagomål direkt till vårdverksamheten eller patientnämnden. I vissa fall kan IVO utreda klagomålet, men de flesta klagomålen skickar IVO vidare till vårdgivaren för utredning. Berörd verksamhetschef inom SLSO utreder och besvarar klagomål. Chefläkaren granskar svar innan de översänds till anmälaren samt i förekommande fall till IVO. VO Psykiatris stödfunktion för patientsäkerhet granskar psykiatriärenden och ger rådgivning inför svar.

Totalt inkom 314 patientklagomål via IVO till SLSO under 2019. Av dessa är 139 ärenden överlämnade till SLSO för utredning och 175 är ärenden där IVO beslutat att själv utreda händelsen. Antalet klagomål inkomna via IVO låg på ungefär samma nivå som 2018 och med en likartad fördelning mellan vårdgrenar.

Tabell 6. Antal klagomål via IVO per vårdgren.

Vårdgren	2016	2017	2018	2019
Geriatrik/ASIH	25	18	11	8
Primärvård	108	94	96	94
Psykiatri	98	177	157	179
Närakut	-	-	22	30
Övriga	3	1	2	3
SLSO totalt	234	290	288	314

Patientvägledare

SLSO har en patientvägledare som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Synpunkter och klagomål framförs på telefon, e-post och i skrivelser. Patientvägledaren handlägger och besvarar många ärenden direkt, andra återförs för handläggning till berörda verksamheter. Patientvägledaren ger stöd till verksamheterna i handläggning av klagomål. Vanligt förekommande klagomål gäller bristande tillgänglighet per telefon till verksamheterna, fakturor för uteblivet besök, bemötande m.m. En del ärenden som kommer direkt till patientvägledaren handläggs i samråd med chefläkare.

2.5 Utredning av vårdskador

Medarbetare har under 2019 registrerat 4 761 negativa vårdavvikelser i HändelseVis, antalet har ökat något jämfört med 2018. De registrerade vårdavvikelserna handläggs av chef. Tabell 7 visar de handlagda avvikelserna. Fördelningen mellan risk, tillbud och negativ händelse är ungefär lika år från år.

Sedan cirka två år har bedömning om den negativa händelsen är en vårdskada registrerats i HändelseVis. Tillbud som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada rapporteras och granskas på samma sätt, men bedömningen om vårdskada registreras inte i HändelseVis för dessa.

Det föreligger en relativt hög grad av osäkerhet om hur dessa siffror speglar den verkliga förekomsten av vårdskador. Analys av vårdskadebedömningar visar att bedömningen om en händelse medfört en vårdskada eller inte är svår. Detta är ett förbättringsområde som belyses i samband med utbildningstillfällen.
Av de negativa händelserna under 2019 bedömdes totalt 545 stycken, som vårdskada dvs händelsen hade kunnat undvikas om den handlagts adekvat och 1 893 bedömdes inte vara vårdskada. Om vårdskadan bedöms som allvarlig genomförs en vårdskadeutredning som skickas till chefläkare. Chefläkare beslutar om lex Maria anmälan ska göras till IVO.

Tabell 7. Antal och andel handlagda risker, tillbud och negativa händelser

År	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
2015	4 335	35 %	4 337	36 %	3 533	29 %
2016	3 943	32 %	4 657	38 %	3 692	30 %
2017	3 945	33 %	4 226	36 %	3 744	31 %
2018	4 078	35 %	4 110	35 %	3 594	30 %
2019	3 933	34 %	3 991	35 %	3 500	31 %

Av tabell 8 framgår att majoriteten av de rapporterade negativa händelserna har mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Det finns en betydande osäkerhet då drygt en femtedel av rappporterna inte går att bedöma. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för patienten handlar i de flesta fall om dödsfall under oklara omständigheter. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om behandling/omvårdnad, utredning/diagnos och läkemedel.

Tabell 8. Fördelning av konsekvens vid *negativ händelse* av totalt antal registrerade rapporter.

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma	Antal reg
2015	5%	5%	22%	42%	6%	20%	3 575
2016	5%	7%	21%	40%	4%	23%	3 726
2017	5%	7%	21%	39%	5%	23%	3 792
2018	6%	6%	21%	37%	8%	22%	3 689
2019	8%	6%	18%	37%	8%	23%	3 559

Under 2019 inleddes 288 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud skulle föranleda en lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 125 utredningar lett till anmälan och i 63 ärenden pågår utredningen. Antalet lex Maria anmälningar minskade 2018 på grund av att den tidigare obligatoriska lex Maria anmälan vid självmord och självmordsförsök togs bort. Detta innebär att enbart självmord och självmordsförsök som bedömts vara en allvarlig vårdskada lex Maria anmäls. Inom SLSO gäller att alla självmord och självmordsförsök ska utredas.

Tabell 9. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren.

	2015	2016	2017	2018	2019
Psykiatri	112	134	126	84	73
Primärvård	36	27	29	24	32
Närakuter	*	*	*	2	16
Geriatrik/ASIH	2	3	3	2	4
Övrigt	1	2	2	0	0
SLSO totalt	151	166	160	112	125

* Närakuter redovisades tidigare tillsammans med primärvård och närakuterna var då färre till antalet.

Lärande och öppenhet

Vårdgivaren har en skyldighet att informera både inblandad personal och drabbad patient om beslutet från IVO. Det är också viktigt att dra lärdom av gjorda misstag. På intranätet finns avidentifierade handlingar rörande färdigutredda lex Maria anmälningar om händelser inom VO Primärvård.

Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Under 2019 har 5 medarbetare eller före detta medarbetare inom SLSO anmälts till IVO.

Anmälan av brister i säkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 6 § och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning ska anmälan till IVO göras om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Exempel på brister i säkerheten är sönderslaget fönster, patient som utövar våld mot medpatient eller patient som avviker. Till anmälan hör en internutredning där patientens synpunkter framgår liksom vidtagna åtgärder för att öka säkerheten. Verksamhetschefen är anmälningsansvarig. 2017 gjordes 15 anmälningar, 2018 gjordes 8 anmälningar och 2019 gjordes 15 anmälningar om brister i säkerheten.

2.6 Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsarbetet följer de övergripande styrdokumenten inom Region Stockholm och SLSO. SLSO:s informationssäkerhetssamordnare deltar regelbundet i möten med Region Stockholms informationssäkerhetsråd, ISR, där frågor av gemensamt intresse diskuteras och utvecklas utifrån de övergripande styrdokumenten.

En handlingsplan har tagits fram för att strukturera arbetet med informationssäkerhet och underlätta för SLSO:s ledning att utvärdera detta arbete. En informationssäkerhetsorganisation är under uppbyggnad med lokala stöd- och resurspersoner (informationssäkerhetskoordinator och informationssäkerhetsombud) inom respektive verksamhetsområde och verksamhetsstöd. Därutöver presenteras en årlig incidentuppföljning för SLSO:s nämnd och ledningsgrupp i syfte att utveckla arbetet med kontinuerlig förbättring inom området.

En informationskampanj gjordes för att uppmuntra medarbetarna att genomföra regionens DISA-utbildning, datorstödd informationssäkerhetsutbildning för användare. Syftet är att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet.
Som komplement till DISA genomfördes även en tretton veckor lång e-kurs, Informationssäkerhet i praktiken, riktad mot chefer inom SLSO. Utbildningen är framtagen av Myndigheten för beredskap och samhällsskydd, länsstyrelserna och Sveriges kommuner och regioner (SKR).

2.7 Patientsäkerhetskultur

En säker vård förutsätter att vi systematiskt arbetar med att uppmärksamma och åtgärda tänkbara risker. Målet är att öka medarbetarnas engagemang och minska antalet vårdskador.

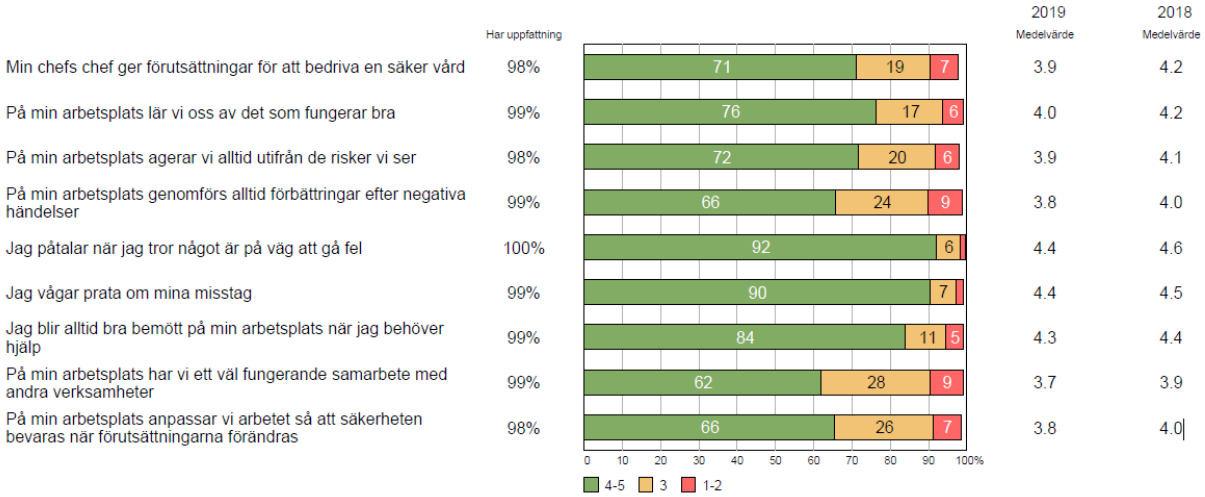
Grunden för patientsäker vård är ett kunskapsbaserat arbetssätt som utgår från vårdprogram och riktlinjer. SLSO har ett övergripande ledningssystem som bidrar med struktur och stöd i arbetet med patientsäkerhet. Varje verksamhet ska ha lokalt anpassade rutiner baserade på övergripande riktlinjer i ledningssystemet.

Engagerade medarbetare skapar säker vård
Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla medarbetare från högsta ledning till vårdteam och personalens dagliga arbete. 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 säkerhetskulturen ger en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. Mätningens resultat blir ett underlag för chefen att skapa en dialog i personalgruppen kring alla eller några utvalda frågor.

SLSO mäter säkerhetskulturen i samband med den årliga medarbetarenkäten. År 2018 och 2019 användes de nationella frågorna Hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Positivt är att antalet svarande har ökat sedan föregående år. 98-100 % av medarbetarna har en uppfattning i alla frågor, se figur 5.

SLSO:s HSE-index är 76. Region Stockholms HSE-index är 74. Enkäten innehåller två frågor som inte ingår i index. För en av dessa (På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete) har antal svarande ökat mest men är även i år den fråga med det lägsta resultatet, vilket ger utrymme till förbättringar.

Figur 5 | Resultat från mätningen av patientsäkerhetskulturen i SLSO 2019 (andel svarande i procent).

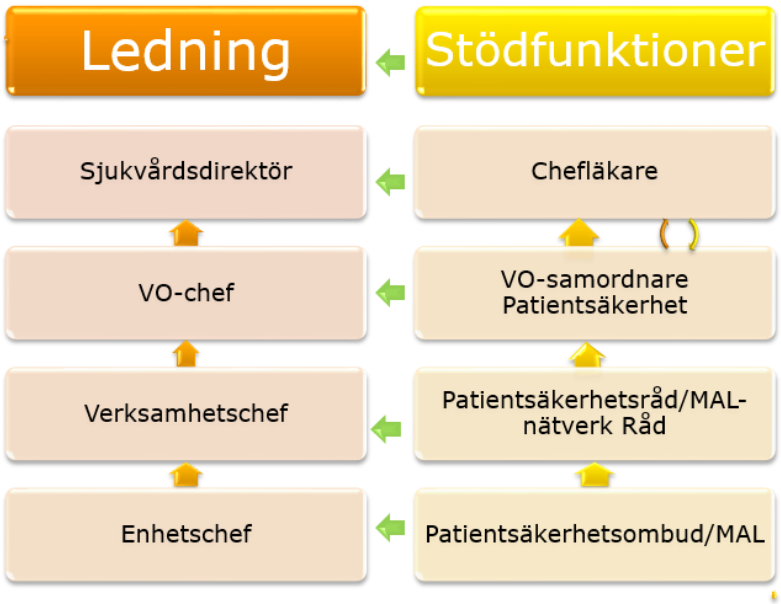


3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter

SLSO fortsätter att arbeta i enlighet med riktlinjen Systematiskt patientsäkerhetsarbete, RIK 18009.

Ansvarsorganisationen för patientsäkerhet följer verksamhetsansvaret i linjen där sjukvårdsdirektören delegerar ansvar till verksamhetsområdeschefer som i sin tur kan delegera vidare till underställda chefer. Verksamhetsområdeschef ansvarar även för att det inom verksamhetsområdet finns en tydlig patientsäkerhetsorganisation med utgångspunkt från fastställd generisk modell för patientsäkerhetsorganisation i SLSO.

Figur 6 Patientsäkerhetsorganisation inom SLSO - Generisk modell



3.1 Primärvård

SLSO:s enheter inom primärvården har ett eller flera av följande uppdrag: husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, barnhälsovård (BHV), vård vid barnmorskemottagning (BMM), barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM), ungdomsmottagning (UM) inklusive mansmottagning och Stockholms mottagning för sexuell hälsa, husläkarjour, logopedverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, primärvårdsrehabilitering (basuppdrag i form av hemrehabilitering, hembesök och mottagningsverksamhet samt specialiserade tilläggstjänster), psykosociala insatser i primärvård (inklusive tilläggsuppdraget Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar), medicinsk fotvård, akademiska vårdcentraler (AVC). Valsta vårdcentral har ett särskilt uppdrag med hälso- och sjukvård på Migrationsverkets förvarsenhet i Märsta. Ett antal enheter har särskilt uppdrag för asylmottagning, med hälsoundersökning av asylsökande men även av kvotflyktingar (de sistnämnda remitterade från Arbetsförmedlingen). Dessa enheter har ett pågående samarbete med CES (Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin) för att vidareutveckla hälsoundersökningen.

Vårdcentraler och husläkarmottagningar fortsatte under 2019 med att ta fram nya arbetssätt med ökad inriktning på sjuksköterskeledda mottagningar för äldre, astma/KOL, diabetes, hjärtsvikt, hypertoni, NOAK (nya orala antikoagulantia) och osteoporos. Andra nya arbetssätt omfattar hälsofrämjande och förebyggande insatser, med satsning på livsstilsförändringar. Exempel på detta är Dent-Di, ett samarbetsprojekt mellan primärvården och Folktandvården för att upptäcka patienter i riskzonen att utveckla diabetes typ 2. Några vårdcentraler och husläkarmottagningar har under 2019 börjat implementera Hälsofrämjande befolkningsinriktat uppdrag (uppdrag som framöver kommer att vara obligatoriskt för alla vårdcentraler och husläkarmottagningar med ett Care Need Index (CNI) över 1,8).
Patientsäkerhetsarbetet är en naturlig del av den dagliga verksamheten och utgör en viktig del av verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet kan upprätthållas.
Patientsäkerhetsrisker bedöms med stöd av riskronder, egenkontroll, interna och externa revisioner, risk- och avvikelserapportering i HändelseVis, patientenkäter, inkomna klagomål och synpunkter till verksamheten, anmälningar till Patientnämnden, klagomål till IVO samt patientsäkerhetsfrågor i den årliga medarbetarenkäten. Flera av verksamheterna följer regelbundet vissa parametrar, t.ex. MRSA-incidens, förekomst av VRI och trycksår, fallskador hos hemsjukvårdspatienter, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Vårdcentraler, husläkarmottagningar och husläkarjourer använder RGS Webb, ett evidensbaserat standardiserat rådgivningsstöd för sjuksköterskor som ger telefonrådgivning. Under 2019 har införandet fortsatt med ytterligare ett hänvisningsstöd rörande vårdnivåer som Region Stockholm tillhandahållit. Kvalitetsuppföljning av sjuksköterskors rådgivning vid bokningar och hantering av patientärenden görs genom läkarledda handledningsmöten.

Förbättringsarbete pågår avseende digital tillgänglighet, bland annat via app för webb-tidsbokning och bokning av videomöten.
Patienterna har nu möjlighet att boka fysiska besökstider via webben till de flesta enheterna inom primärvården.

Under 2019 har arbetet fortsatt med breddinförande av appen ”Alltid öppet” och det nya arbetssättet med videomöten. Verksamheterna har kommit olika långt i denna process. Några vårdcentraler och husläkarmottagningar har implementerat detta fullt ut med möjlighet till videomöten mellan patient och alla befintliga yrkeskategorier. På andra enheter kan man i nuläget boka videomöten med läkare och sjuksköterska, medan arbetet med att integrera andra yrkeskategorier fortsätter under 2020. Slutligen finns det enheter som ska inleda breddinförande under 2020.

SLSO:s riktlinje ”Vård på distans” definierar sådant som inte ska utföras som videomöten (t.ex. ordination och förskrivning av narkotikaklassade läkemedel). I riktlinjen framgår även att ordination och förskrivning av antibiotika genom vård på distans ska utföras ytterst restriktivt och då i enlighet med Stramas rekommendationer ”Kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten”.

Digitala videomöten har breddinförts på de flesta BMM och UM. Patienter ansluter till funktionen BMM Online inom appen Alltid öppet för videomöte med barnmorska för rådgivning och hälsosamtal. BMM och UM har under 2019 även startat upp ett pilotprojekt för att erbjuda chattmöten. Journalmallar har skapats för denna dokumentation.

Enheterna har under året arbetat vidare med vårdprocesser för multisjuka äldre genom att stärka vårdsamband med geriatrik och ASIH samt införa nya arbetssätt som äldremottagningar och direktinläggning till geriatrik. Förändrat arbetssätt behövs inom hemsjukvården på de platser där beslut fattats i kommunerna att personal i den kommunala hemtjänsten inte längre får delegering av medicindelning.
Arbete har bedrivits med anpassning och utveckling av nya arbetssätt inom framför allt hemsjukvården för att kunna möta upp det ökade behovet av vårdplaneringar och Samordnad Individuell Plan (SIP) till följd av införandet av Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS). Samverkansmöten har hållits med berörda parter för att utvärdera implementeringen av LUS och SIP.
BMM har implementerat ett verktyg för granskning av journaler rörande graviditets- och förlossningsprocessen. Vidare genomfördes två Best Practice-dagar där medarbetarna från SLSO:s alla BMM tog del av varandras projekt och förändringsarbeten.

Flera BVC har startat arbetssättet med Hembesöksprogram, som sedan något år tillbaka funnits tillgängligt som tilläggsavtal.

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen har övergripande ansvar för patientsäkerheten och bistås ofta av MAL och medarbetare med särskilt uppdrag i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelser har upprättats av 96 % av enheterna i primärvården. Beroende på verksamheternas storlek organiseras patientsäkerhetsarbetet olika. I större verksamheter finns patientsäkerhetsgrupper bestående av representanter från olika yrkeskategorier som handlägger och analyserar rapporterade risker och avvikelser samt ger förslag till förbättringsåtgärder. Rapporterade risker och avvikelser följs upp på arbetsplatsträffar, i samverkansgrupp och ledningsgrupp. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

SLSO:s barnhälsovårdsenheter har utökat sitt samarbete i och med skapandet av en gemensam patientsäkerhetsgrupp och en gemensam handlingsplan för patientsäkerhet. Beslut har fattats om att patientsäkerhetssamordnare ska ta fram kvartalsvisa rapporter om avvikelser. Under 2020 upprättas rutin för att beskriva hur man sammanställer avvikelserna.

Informationsöverföring och samverkan

Verksamheterna har fortsatt sitt arbete med att säkra informationsöverföring med olika vårdgivare och samarbetspartners. Vårdplanering för hemsjukvårdens patienter sker både i hemmet och på annan vårdinrättning. Arbete fortskrider med implementering av lokala rutiner som tagits fram för förstärkt mottagande vid utskrivning från sjukhus. Stor vikt har lagts på arbete med den interna kommunikationen inom respektive enhet.
Verksamheterna samverkar och har dokumenterade samverkansöverenskommelser med olika samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, ASIH, somatisk sluten- och öppenvård, primärvårdsrehabilitering, BVC, BMM, barnläkarmottagningar, kommuner och stadsdelar, skolhälsovård, arbetsförmedling och försäkringskassan.

Vårdcentraler, husläkarmottagningar och husläkarjourer har fungerande samarbete med akutsjukhus och ambulanssjukvården.
Flera vårdcentraler och husläkarmottagningar har i samarbete med primärvårdsrehabilitering tillgång till rehabiliteringskoordinator med mål att underlätta och stimulera sjukskrivna patienters återgång i arbete. Andra samarbetsformer mellan vårdcentraler och husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering är t.ex. teambesök eller gemensam mottagning för patienter med diabetes, KOL eller smärtproblematik, kvalitetsronder, KOL-skola och osteoporosskola. Primärvårdsrehabiliteringen har vidare nära samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i sluten- och öppenvård samt Stockholms syncentral.

Risker och avvikelser

All personal har skyldighet att rapportera vårdavvikelser och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Risk- och avvikelsehantering är grunden för god och säker vård. Samtliga enheter använder HändelseVis för rapportering av risker och avvikelser inom vården. Antal registrerade rapporter uppgick år 2019 till 3 675. Antal rapporter har legat på denna nivå sedan 2015.
Verksamheterna arbetar aktivt och metodiskt med avvikelsehantering och regelbundna risk- och konsekvensanalyser. Riskanalyser görs framför allt inför planerade förändringar i verksamheterna. De vanligaste riskerna som identifierats vid riskronder är: läkemedelshantering inklusive hantering i hemsjukvården, remisshantering och informationsöverföring mellan olika vårdenheter. Riskbedömning vid inskrivningen av patienten i hemsjukvården omfattar bedömning av risken för undernäring, trycksår och fall. Verksamheterna hanterar klagomål enligt lokala rutiner.

Läkemedel

Samtliga vårdcentraler och husläkarmottagningar följer Kloka listans rekommendationer om förskrivning av läkemedel och Stramas rekommendationer om antibiotikaförskrivning. Majoriteten av patienterna i hemsjukvården får dosförpackade läkemedel förskrivna i Pascal. Flera vårdcentraler och husläkarmottagningar har genomfört ett arbete för en klok och återhållsam antibiotikaanvändning, enligt Strama Stockholms anvisningar. Arbetet har omfattat tre delmoment: *fortbildning* utförs av informationsapotekare och informationsläkare från HSF eller Strama Stockholm; genomgång av ett *patientfall* från stramastockholm.se under handledning av enhetens Smittskydds- och Stramaansvarig medarbetare samt *granskning av 10 journalanteckningar* med samma infektionsdiagnos som i patientfallet. Granskningen utförs gemensamt av läkare och sjuksköterskor. Arbetet har utgjort underlag för fortsatt kvalitetsarbete.

Kompetensutveckling, lärande organisation

Verksamheterna använder regiongemensamma och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Satsning har gjorts på att skapa vårdprocesser för stora diagnosgrupper, med fokus på ett enhetligt omhändertagande i enlighet med nationella riktlinjer, samt rekommendationer i VISS och Strama. Arbete bedrivs även för att säkerställa att patienter med kroniska sjukdomar får årskontroller och uppföljningar på rätt vårdnivå, hos sjuksköterska eller läkare.
Exempel på genomförda kvalitetsarbeten är identifiering och behandling av osteoporos och förebyggande av fragilitetsfrakturer, förbättrat omhändertagande av redan diagnostiserade demenspatienter och tidig upptäckt av minnessvikt.
Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagandet och vården för multisjuka äldre och dementa och patienter med psykisk ohälsa. Arbetet med suicidprevention fortgår.

Samtliga yrkeskategorier deltar i olika utbildningsaktiviteter.
Under året har MAL tillsammans med verksamhetschefer bestämt vilket framtaget material från Värdelyftet Primärvård som man ska arbeta vidare med på enheterna. Enheterna har även

deltagit i sista etappen av kompetensutvecklingsinsatsen e-Hälsalyftet, med dialogseminarier under våren i förberedelse inför Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).

Enheterna har genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet. Nätverket för MAL har under året haft möten med inriktning på patientsäkerhet.

Verksamhetscheferna har regelbundet genomfört journalgranskningar och resultatet har återkopplats till medarbetarna individuellt och på arbetsplatsträffar. Resultatet av journalgranskningar ligger till grund för förbättringsarbetet.

Den medicinska kvaliteten följs bland annat genom att regelbundet ta fram och analysera rapporter från journaldata. Enheterna rapporterar till ett flertal kvalitetsregister som t.ex. NDR (Diabetes), BOA (Artros), RiksSvikt (Hjärtsvikt), Senior alert, SweDem (Demens), Luftvägsregistret (astma-KOL). Flertalet vårdcentraler och husläkarmottagningar är vidare anslutna till kvalitetsregistret Nationell Primärvårdskvalitet som används i det lokala förbättringsarbetet och för jämförande. Alla kvalitetsregisterrapporteringar sker genom automatisk överföring från journalsystemet TakeCare.

3.2 Psykiatri

Verksamhetsområde (VO) Psykiatri är ett sammanhållet verksamhetsområde för patienter i alla åldrar.
I verksamhetsområdet ingår BUP Stockholm som erbjuder behandling både i öppenvård och heldygnsvård för barn, ungdomar och deras familjer. Fem vuxenpsykiatriska verksamheter erbjuder specialiserad psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård till personer över 18 år: Norra Stockholms psykiatri (NSP), Psykiatri Nordväst (PNV), Psykiatri Sydväst (PSV), Psykiatri Södra Stockholm (PSS) och Psykiatricentrum Södertälje (PCS). Beroendecentrum Stockholm (BCS) erbjuder behandling och stöd till personer som har problem med alkohol, narkotika, läkemedel eller spelberoende. Rättspsykiatri Vård Stockholm (RPV) bedriver högspecialiserad rättspsykiatrisk vård för personer som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård samt andra frihetsberövade personer som är i behov av psykiatrisk vård. Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) erbjuder specialiserad behandling av ätstörningar till patienter i alla åldrar.

Inom verksamhetsområdet finns cirka 160 öppenvårdsmottagningar dit patienter kan vända sig direkt. Ett flertal mottagningar är specialiserade på olika diagnoser. Verksamhetsområdet omfattade under året drygt 50 vårdavdelningar, fyra länsövergripande psykiatriska akutmottagningar för vuxna och barn samt en ambulans för omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa.

Behandlingsformerna utgörs bland annat av psykologisk behandling, läkemedel, fysisk aktivitet, stöd till självhjälp och utbildning för patienter och närstående. För att öka tillgängligheten erbjuds patienterna också internetbaserad behandling vid vissa diagnoser och symptom. Även närstående kan få hjälp och stöd. Patienternas delaktighet i beslut om den egna vården är en central del i arbetet. Både individuella synpunkter och patienternas samlade erfarenheter är avgörande för verksamhetsutvecklingen, liksom samverkan med patient-, brukar- och närståendeföreningar.

Forskning och utbildningsinsatser bedrivs tillsammans med Centrum för Psykiatriforskning (CPF). Enheten CPF utveckling & implementering är en resurs i verksamheternas systematiska förbättringsarbeten av vård, behandling, ledarskap och organisation.

Övergripande patientsäkerhetsarbete

I verksamhetsområdet pågår ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SLSOs generiska modell för patientsäkerhetsorganisation, se figur 6.

Verksamhetsområdeschefen är ansvarig för patientsäkerheten inom verksamhetsområdet. En beredningsgrupp bereder frågor som rör patientsäkerhet, säkerhet och tvångsvård inför beslut i VO-ledningen. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten inom verksamheten, ofta med hjälp av en chefsöverläkare. Därefter vilar ansvaret på sektions- och enhetsnivå samt medicinskt ledningsansvariga överläkare.

Verksamhetsområdet har ett ledningsstöd som bistår i det övergripande gemensamma arbetet för att säkerställa patientsäkerheten och ger stöd vid handläggningen av enskilda klagomål som inkommit från IVO och PaN.

Kvalitetsledningssystemet för patientsäkerhet och tvångsvård förvaltas och ett systematiskt arbete bedrivs via ledningsstödet. På så sätt säkerställs att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser. Under 2019 har en ny form av kvalitetsuppföljning påbörjats för samtliga verksamheter, där uppföljning av patientsäkerheten ingår. Utvecklingsarbeten pågår tillsammans med verksamhetsområdet och Verksamhetsstöd Patientsäkerhet.

Framgångsrika förbättringsåtgärder som genomförts i en verksamhet kan med hjälp av ledningsstödet spridas och genomföras även i andra verksamheter. Goda exempel sprids och patientsäkerhetsarbetet kommer fler patienter till del.

Inom verksamheterna finns en patientsäkerhetsorganisation med särskilt utsedda patientsäkerhetssamordnare och minst ett patientsäkerhetsombud per enhet. Dessa bistår chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor och bidrar till att sprida en god patientsäkerhetskultur. Verksamhetens analysgrupp diskuterar och handlägger dessa frågor på klinikövergripande nivå och rapporterar till ledningsgruppen. Patientsäkerhetsombuden träffas vid gemensamma möten i syfte att öka kunskapen om patientsäkerhetsarbete och förtydliga hur avvikelserapportering och uppföljning ska ske.

Risker och avvikelser rapporteras i HändelseVis, analyseras och vid behov genomförs en vårdskadeutredning, händelseanalys eller riskanalys. Risker och avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar och vid behov i ledningsgrupper och kan leda till nya eller förändrade rutiner. Verksamhetens medarbetare som övergripande arbetar med patientsäkerhet kompetensutvecklas inom risk- och händelseanalys.
Riskanalyser görs vid planerade organisationsförändringar eller vid identifierade risker för patienter, miljö eller medarbetare. I psykiatrins slutenvård görs riskanalyser inför varje sommar som resulterar i handlingsplaner på verksamhetsnivå för att säkerställa patientsäkerheten under sommarperioden. På verksamhetsområdesnivå görs en motsvarande övergripande handlingsplan. Ett analysteam kan bestå av hälso- och sjukvårdpersonal, fackliga företrädare, personalhandläggare, patientsäkerhetshandläggare och brukarinflytandesamordnare (BISAM). Händelseanalyser görs utifrån särskilda avvikelser. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas om hand i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. BAS-utbildning i patientsäkerhet erbjuds nya chefer.

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete

Varje verksamhet inom SLSO ska göra en egen årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet baserad på en riskanalys där patientsäkerhetsrisker och åtgärder fastställs. I en egen patientsäkerhetsberättelse sammanfattar varje verksamhet sitt patientsäkerhetsarbete under året.

Nedan återges sammandrag ur verksamheternas patientsäkerhetsberättelser.

Grunden i BUP:s patientsäkerhetsarbete är ständig strävan efter en stark patientsäkerhetskultur som innebär tillämpandet av en systemsyn, att arbeta riskförebyggande och att ta tillvara kunskap, erfarenhet och information från medarbetare, patienter, anhöriga och andra intressenter. Central patientsäkerhetssamordnare håller i moment om patientsäkerhet på introduktionsutbildning för all nyanställd personal och träffar varje ny chef i samma syfte. Årets patientsäkerhetsarbete riktades mot en väl strukturerad och säker heldygnsvård liksom till att förvalta ett robust ledningssystem för tvångsvård; med systematisk uppföljning, fortlöpande kompetensutveckling och egenkontroll. Suicidprevention var ett fortsatt viktigt område med målsättning att antalet suicidförsök ska minska. BUP samverkar kontinuerligt med en stor mängd olika aktörer i samhället utifrån enskilda patienters behov av insatser. Under året framtogs standardiserade vårdprocesser som kommer att införas under 2020.

Inom PNV har verksamhetens farmaceut utarbetat ett bassortiment för avdelningarnas läkemedel, samt ett gemensamt sällanläkemedelsförråd. Alla läkemedel organiseras utifrån anatomisk terapeutisk kemisk klassificering (ATC-koder) för att minska risken för förväxling. Farmaceuten samarbetar aktivt med överläkarna på den äldrepsykiatriska avdelningen kring genomgång av inskrivna patienters läkemedel för att minska risken för läkemedelsinteraktioner. För att vårdplan och krisplan inte ska missas i öppenvård lyfts lokala rutiner på APT, och statistik över antal vårdplaner och krisplaner följs upp. För att stärka samverkan kring patienter med psykossjukdom infördes regelbundna möten mellan heldygnsvården och psykosmottagningarna i syfte att förbättra samarbetet vid in- och utskrivningar samt för patienter som får psykiatrisk tvångsvård i öppenvård.
Sömnskola som leds av arbetsterapeut har startats på två avdelningar och kommer att införas på övriga avdelningar. En avdelning har HBTQ-certifierat i syfte att öka medvetenheten, förbättra bemötandet samt förståelsen för HBTQ-personer och därmed erbjuda vård i enlighet med Region Stockholms HBTQ-policy. Avvikelser gällande dokumentation och informationsöverföring har nästan halverats, som skulle kunna tolkas som att nya rutiner utifrån LUS haft effekt.

Inom NSP finns sedan länge en suicidpreventiv grupp som arbetar med att handleda, stödja och utbilda personal i suicidfrågor. Gruppen har utarbetat rutiner för bedömning av suicidrisk och vårdplanering som tar hänsyn till suicidrisk. Stöd ges till närstående och personal efter suicid. Suicidpreventiva gruppen har under året utbildat medarbetare från samtliga regiondrivna verksamheter i Stockholms län, primärvård och andra somatiska enheter i Retrospektiv genomgång, en metod som genomförs i lärande syfte. Ett nätverk av utbildade personer har skapats som ska kontaktas vid varje suicid som sker inom VO Psykiatri. Suicid preventiva gruppen involveras i patientsäkerhetsgruppens arbete vid suicid. Arbetet med att integrera patientsäkerhetsorganisationen i verksamheten har fortgått som en förutsättning för ett funktionellt patientsäkerhetsarbete. Flera vårdskadeutredningar har genomförts i samarbete mellan två eller flera verksamheter och privata vårdgivare i syfte att följa patientens färd genom vården och bättre belysa strukturella svårigheter. Gemensamma utredningar har skett med bland annat PSS, BCS och Praktikertjänst samt Habilitering och Hälsa.

Arbetet inom PSS bedrivs enligt fem perspektiv i följande prioriteringsordning: patientsäkerhet, kvalitet, produktion, medarbetare, ekonomi.
Den årliga handlingsplanen för patientsäkerhet togs fram vid en riskrond. Till grund låg 2018 års avvikelser, klagomål via PaN och IVO samt direkt till verksamheten och BISAMs återkoppling från patientforum och brukarråd. Verksamhetschefens och utvecklingschefens erfarenheter har också beaktats i handlingsplanen. Målen för året var förbättrad kontroll av läkemedelsförskrivning, förbättrad patientsäkerhetskultur, patienters upplevelse av trygghet på avdelningarna samt att skapa ett strukturerat system för framtagande av struktur-, process-

och resultatmått. En plan för måluppfyllelse följdes upp på patientsäkerhetsteamets strategimöten.
Samtliga enheter har en stående punkt på arbetsplatsmöten rörande patientsäkerhet. Redovisning och reflektion sker över senaste månadens inkomna avvikelser och klagomål. Månadsvis på chefsmöte redovisar varje enhetsledning sitt arbete med patientsäkerhet. Verksamhetens årshjul för patientsäkerhet inkluderar egenkontroll genom strukturerade uppföljningar, sammanställningar samt journalgranskning. Samverkan sker med mödra- och barnhälsovård, socialtjänst, barnpsykiatri samt Södersjukhusets kvinnoklinik i de tvärprofessionella samverkansteamen kring psykisk skörhet och sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap.

Inom heldygnsvården har PSV arbetat med följande områden:
säkrare läkemedelshantering, förbättrad information om läkemedelsbehandling vid utskrivning, ökat antal krisplaner för patienter inför permission och utskrivning samt ökat antal uppföljningssamtal med patient efter tvångsåtgärd.
En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är HändelseVis där ett antal avvikelserapporter föranlett förändringar av rutiner på vårdenhetsnivå, sektionsnivå eller kliniknivå. För all personals kännedom redovisas regelbundet ett illustrativt ärende i ledningsgruppens minnesanteckningar och på verksamhetens intranät under rubriken ”aktuell avvikelse”. Inom heldygnsvården finns förbättringstavlor där enhetens förbättringsarbeten visualiseras. All personal startar sitt pass med genomgång vid tavlan för snabb och strukturerad spridning av lärandet.
Den fysiska säkerheten i lokaler där patienter vistas har granskats genom säkerhetsronder vid samtliga vårdenheter i samband med skyddsrond. Säkerhetsansvarig har deltagit vid dessa ronder. Ett stort antal rutiner har uppdaterats resp. upprättats, särskilt inom läkemedelsområdet. Samverkan bedöms som angelägen vad gäller patientflöde mellan primärvård och psykiatri varför PSV ingått i en samverkansöverenskommelse med samtliga vårdcentraler i närområdet.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet inom PCS var ökad medvetenhet och kunskap om patientsäkerhet, förmåga att identifiera risker och att upprätthålla det preventiva patientsäkerhetsarbetet. Andra patientsäkerhetsmål under året var färre avvikelser gällande ordination och administrering av läkemedel samt korrekt journalföring av somatiskt status hos patienter inom heldygnsvården. Särskilda utbildningsinsatser har genomförts i hot- och våldsprevention i öppenvården, våld i nära relationer samt om barn som närstående.
Planering har pågått inför införandet av det SLSO-gemensamma programmet Självvald inläggning på vårdavdelningarna. Pilotprojektet med två tillnyktringsplatser genomfördes i nära samarbete med polisen och Södertälje sjukhus AB. Syftet var att erbjuda säkrare medicinsk övervakning under tillnyktring för personer som omhändertagits enligt LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer). I samband med projektet fick omvårdnadspersonal och läkare utbildningsinsatser via Beroendeakuten Stockholm inom BCS. Förberedelser har gjorts för att öppna två permanenta tillnyktringsplatser i januari 2020.

Inom RPV har patientsäkerhetsfrågor en stående punkt på alla APT, chefsforum och ledningsgruppsmöten. Patientsäkerhetsarbetet har haft fokus på patienters delaktighet. Möten har hållits med brukarorganisationer liksom ett antal patientforum. Även i arbetet med vårdstruktur och vårdplaner är patientens delaktighet central. På flera enheter deltar patienter på ronder och andra vårdkonferenser. Patienternas synpunkter tas därmed till vara och information om fattade beslut blir tydligare när patienten själv deltar på möten där besluten fattas.
Verksamhetens patientsäkerhetsdagar med föreläsare från bland annat brukarorganisation och Patientnämnden var ett uppskattat initiativ med många deltagare. Dessa dagar illustrerade satsningen på arbete med patientsäkerhetsfrågor och förbättrad patientsäkerhetskultur.

Klinikledningen besökte alla enheters planeringsdagar för att diskutera dessa frågor. Ett tiotal olika rutiner gjordes om till en sammanhållen rutin för enhetlig hanteringen av läkemedel. Många patienter är överviktiga och får komplikationer på grund av stillasittande, felaktiga kostvanor och i vissa fall beroende på biverkningar av läkemedel. Flera olika projekt pågår, både för hälsosammare kosthållning och för ökad fysisk aktivitet. En modell för den rättspsykiatriska vården där en tydlig process beskrivs, från inskrivning till utskrivning, har implementerats. Alla chefer har genomgått utbildningen ”Juridik i offentlig sektor”.

Merparten av BCS vårdenheter har samverkansöverenskommelser med kommuner som innebär ett gemensamt åtagande för att tillgodose god vård, omsorg och rehabilitering. Det finns också överenskommelser med psykiatrin, kriminalvården och Rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i syfte att tydliggöra ansvar samt vara ett stöd i samarbetet på lokal nivå. SMADIT Polismyndigheten Region Stockholm (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en samverkan mellan olika myndigheter med syfte att ge stöd till personer som rapporterats för ratt-, drogratt- eller sjöfylleri.
Patientforum hålls regelbundet av BISAM på Maria Ungdoms akut och heldygnsvård. Där kommer fram förslag och tankar från ungdomarna som lett till flera förändringar. Brukarrådet beslutade att tillsätta en arbetsgrupp som ska ta fram en SIP utbildning av patienter för patienter.
Standardiserade vårdprocesser för unga är under utveckling och skapas i samverkan med olika aktörer inom psykiatrin som jobbar med barn och unga. Ett av målen är att skapa tryggare och säkrare övergångar för patienter som får vård av flera verksamheter eller vårdgivare.
Sektionen för akut- och heldygnsvård har utökat sin bemanning på alla enheter vilket stärkt patientsäkerheten. Flera enheter har börjat dela ut naloxon (antidot mot opioidöverdosering) till särskilda riskgrupper. Nya rutiner för provtagning av alkoholmarkörer har skapats på en mottagning vilket resulterat i minskad alkoholkonsumtion bland flera patienter. Resultat från markörbaserad journalgranskning visar på en låg frekvens av vårdskador (undvikbara skador).

Inom SCÄ utgörs analysgruppen av patientsäkerhetssamordnaren samt medicinskt ledningsansvariga läkare för barn respektive vuxna. Synpunkter och klagomål från patienter eller närstående hanteras av ansvariga enhetschefer. Analysgruppen granskar hantering av avvikelserapporter och återkoppling ges till enhetschefer. Verksamhetschefen kopplas in vid händelser av mer övergripande eller allvarlig karaktär. Patientsäkerhetsmöten hålls med MALar, patientsäkerhetssamordnare och enhetschefer för att säkerställa att rutiner och riktlinjer följs för en god och patientsäker vård. Två gånger om året presenteras avvikelser för ledningsgruppen.
Standardiserade vårdprocesser har under året implementerats för vuxna patienter och ger goda förutsättningar för enhetlig diagnostik och behandlingsplanering. För patienter under 18 år pågår ett arbete med att färdigställa innehåll i basutredning och vårdprocesser. Arbetssättet skapar en god grund för en ökad patientsäkerhet avseende bedömning och diagnostik.
För vuxna patienter med behov av insatser från olika vårdgivare sker SIP-möten för att säkerställa ett gott samarbete och att alla patientens behov blir tillgodosedda. För samordning av ätstörningsbehandling och för att säkra kommunikationen sker regelbundna möten med privat ätstörningsvård. En särskild person är utsedd för att leda det suicidpreventiva arbetet. Suicidprevention enligt riktlinjer sker kontinuerligt genom suicidriskbedömning vid alla nybesök samt löpande vid behov eller vid försämring. Kontinuerliga möten äger rum med patientföreningen Frisk och Fri.

Digitalisering och journaldokumentation

I syfte att förbättra vårdens tillgänglighet och öka patienters möjligheter att vara delaktiga i sin vård har arbete pågått med att ytterligare digitalisera vården.

Det fortlöpande arbetet med att förbättra och förenkla dokumentationen i journalsystemet har varit intensivt under året. Genom 1177:s eTjänst Journalen kan patienten ta del av journalens

innehåll och därmed dokumentationen av den gemensamma vårdplaneringen. En rad arbeten har därför haft fokus på dokumentation i mallarna för vårdplan och krisplan så att dessa ska vara lättlästa för alla inblandade.

En särskild satsning på att ta tillvara 1177:s eTjänster har inletts genom att ett team av kunniga personer för VS IT eHälsa nu kan hjälpa enheter igång på plats med skräddarsydda eTjänster och arbetssätt, så de kontaktorsaker som är vanligast per telefon på just den enskilda enheten kan hanteras digitalt och asynkront.

Utbudet av internetförmedlad vård inom VO Psykiatri ökar stadigt och erbjuds numera till allt fler patientgrupper. Internetpsykiatrienheten i PSV erbjuder iKBT för depression, insomni, paniksyndrom, hälsoångest, IBS (irritable bowel syndrome) och social fobi. SCÄ har utvecklat en internetbehandling som riktar sig till vuxna patienter med bulimi och hetsätningsproblematik. eStöd inom BCS erbjuder stöd och behandling via nätet för patienter som vill förändra sina vanor när det gäller alkohol, cannabis eller spel om pengar. BUP har under året öppnat upp för att börja erbjuda iKBT för tonåringar med ångestsjukdomar.

En pilot med digital egenanmälan i en verksamhets remissportal har genomförts med gott utfall, och ytterligare kartläggning av inflödet till våra verksamheter pågår i syfte att undersöka möjligheten till breddinförande.
Flera verksamheter har börjat använda videobesök som alternativ till fysiskt besök när det underlättar för patienten. Patient- och närståendeutbildning via 1177:s Stöd- och behandlingsplattform har också pilotats.

Samverkan

Vid det Regionala Samrådet pågår en övergripande samverkan mellan Region Stockholm och StorSTHLM (före detta kommunförbundet Stockholm) för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och/eller missbruk och beroende. Här förvaltas den överenskommelse som ska följas via handlingsplaner som utvecklas av lokala samråd mellan psykiatri och kommuner/stadsdelar.

På regionalnivå finns länsgemensamma överenskommelser mellan kommun och region, t.ex finns material för utbildning och genomförande av SIP för vuxna. För barn och unga finns en gemensam mall för SIP framtagen av HSF och StorSTHLM.

Patienters och närståendes delaktighet

För VO Psykiatri har en gemensam riktlinje gällande brukarinflytande fastställts. Vid ett tillfälle har ledningsstödet besökt de nio verksamheterna för att bland annat följa upp riktlinjen, bemötande, delaktighet samt arbetet med prevention av hot och våld.

Inom verksamheterna sker kontinuerligt samarbete med patientorganisationer.
BISAM utvecklar nya former för delaktighet och inflytande för patienter och närstående och är behjälpliga med att tillse brukarmedverkan i exempelvis interna utbildningar och arbetsgrupper. Sex verksamheter har en BISAM-funktion och två har beslutat att införa den 2020. Även centralt inom VO Psykiatri finns en motsvarande funktion. Två verksamheter har en person för att arbeta med patientforum i heldygnsvård. Pilotverksamhet pågår i två verksamheter avseende funktionen medarbetare med brukarerfarenhet (MB). MB arbetar med fokus på patienters delaktighet men ibland också med aktiviteter för patienter på avdelningar och mottagningar som ett komplement till omvårdnadspersonal. De olika funktionerna har olika uppdrag och samarbetar i flera frågor.

Vid varje utskrivningstillfälle från heldygnsvården erbjuds patienter att besvara en enkät om vården på avdelningen. Resultaten sammanställs och presenteras på respektive avdelning samt

på verksamhetens interna och externa hemsida. De flesta vårdenheter har förslagsbrevlådor där patienter och närstående kan lämna förslag och synpunkter.
I öppenvården erbjuds patienter under två veckor vår respektive höst att fylla i en enkät om vården.

Verksamheterna har ett kontinuerligt och strukturerat samarbete med olika patient-, brukar- och närståendeföreningar och även på VO-nivå har ett brukarråd inrättats. Majoriteten av avdelningarna har patientforum i heldygnsvård. Minnesanteckningar från forummöten används som underlag för verksamheternas förbättringsarbete. Allt som framkommit i genomförda patientforum noteras. Dessa sammanställningar görs på ett enhetligt sätt inom hela verksamhetsområdet. I öppenvården kan patienter framföra frågeställningar, förbättringsförslag och synpunkter vid patientforum öppenvård och i samrådsgrupper.

I flera verksamheter genomförs arbeten kring personcentrerad vård och olika former av patientriktade beslutsstöd. Det genomförs också olika pedagogiska insatser i form av utbildningar till patienter och närstående. Ett VO-övergripande arbete har pågått för att ta fram patient- och närståendeutbildningar som alla verksamheter kan använda i de standardiserade vårdprocesserna.

Förebyggande av självmord (suicidprevention)

Hälso- och sjukvårdspersonal utbildas kontinuerligt i att genomföra suicidriskbedömning. I journalsystemet finns stöd för dokumentation av strukturerade suicidriskbedömningar. Uppföljning av patienter med förhöjd självmordsrisk görs enligt lokala rutiner. Suicidpreventionsgrupper tar fram underlag till preventiva åtgärder. Grupperna stödjer även berörd personal efter patienters självmord.

Samtliga självmord i anslutning till vården blir föremål för vårdskadeutredning. Tidigare anmäldes samtliga självmord enligt lex Maria. Sedan den nya lex Maria-förskriften trädde i kraft 1 september 2017 görs anmälan när händelsen medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Närstående bereds möjlighet att lämna synpunkter som ett värdefullt bidrag till utredningen, de erbjuds även individuellt stöd. När utredningen påvisar brister leder detta till förbättringsåtgärder. I vissa fall där patienter haft kontakt med flera enheter inom SLSO utreds händelsen gemensamt, vilket främjar patientsäkerhet och samverkan.

Psykiatrisk akut mobilitet (PAM) är en ambulans för snabba insatser vid akut psykisk ohälsa med högsta prioritet på suicidprevention. Fordonet är knutet till Stockholms läns psykiatriska akutmottagning på NSP, och har Stockholms län som arbetsområde. Precis som ambulanser larmas PAM via SOS Alarms telefonnummer 112. PAM är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet i Stockholms län.

Ledningsgruppen för VO Psykiatri har tillsatt en central suicidpreventiv grupp för att utveckla det suicidförebyggande arbetet. Arbetsgruppen består av experter inom suicid från samtliga psykiatriska verksamheter. I arbetsgruppens uppdrag ligger att ta fram förslag som förstärker kunskapen och förbättrar verksamhetsområdets suicidförebyggande strukturer. Inom följande områden ska gruppen lämna förslag; dokumentation, revision/uppföljning genom etiska lärandediskussioner, verksamhetsgemensam lägstanivå för utbildning inom området och omhändertagande. Den centrala suicidförebyggande gruppen har under året utbildat medarbetare från alla verksamheter i retrospektiv genomgång efter suicid, då detta har evidens som suicidförebyggande insats samt tagit fram en instruktion för stöd till medarbetare efter suicid.

Tvångsvård

Ett särskilt ledningssystem för tvångsvård utvecklades 2016 för att vården ska ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen

(1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Ledningssystemet ska bland annat säkerställa att verksamhetschefer fortlöpande följer upp tvångsvården samt att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses. Ledningssystemet för tvångsvård har utformats så att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder kan granskas och begränsas. Det innebär att VO Psykiatri stärker systematiken i att upptäcka, åtgärda och förhindra återupprepning av brister i vården.

Under 2019 fortgick ett intensivt förbättringsarbete kring tvångsvården inom hela VO Psykiatri. I arbetet med att följa ledningssystemet för tvångvård finns en verksamhetsområdesövergripande handlingsplan och ett årshjul vilka även verksamheterna följer med egna handlingsplaner och årshjul.

Ledningsstödet för verksamhetsområdet stödjer arbetet med tvångsvård och patientsäkerhet och annat systematiskt förbättringsarbete. Under året har fortsatt fokus varit på att förbättra kvaliteten på tvångsvården liksom patientens upplevelser av tvångsvård och tvångsåtgärder. Detta har bland annat följts upp genom analys av 180 genomförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder. En kvalitetsuppföljning har också genomförts i enlighet med den nya modell som nämns ovan.

VO Psykiatri har gemensamma riktlinjer för såväl tillämpning som dokumentation av tvångsvården. Journalmallar för dokumentation av beslut enligt LPT och LRV är också gemensamma. Dessa förvaltas och uppdateras kontinuerligt av en gemensam arbetsgrupp. Syftet är att ge enhetlighet beträffande rutiner för dokumentation och samsyn vad gäller tolkning av lagkrav. Verksamheternas LPT/LRV-controllers säkerställer att dokumentationskraven efterlevs. Lagändringar bevakas och medarbetare utbildas kontinuerligt. VO Psykiatris LPT/LRV-controllergrupp har arbetat med att utveckla och utvärdera rapporter som underlättar och säkerställer verksamheternas egenkontroll. För komplicerade frågor och samsyn kring tvångsvård sker regelbundna möten mellan de psykiatriska verksamheternas chefsöverläkare och chefläkare.

Hot och våld

Hot och våld är en påtaglig risk, framförallt inom psykiatrisk slutenvård. En kultur med förebyggande av hot och våld är viktigt för att minimera behov av tvångsåtgärder. Då behov av tvångsåtgärder förekommer skall utförandet genomföras så säkert och skonsamt som möjligt. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen sedan 2005. Runt fyra tusen medarbetare har utbildats i modellen. Kursen innehåller kunskaper om tvångsvård, vilka faktorer som leder fram till våld och hur rätt bemötande minskar risken samt hur våld skall hanteras och följas upp. SLSO utbildar egna kursledare i Bergenmodellen, för närvarande finns cirka 70 kursledare.

Regionala vårdprogram

Regionala vårdprogram utgör en viktig kunskapsgrund och är ett stöd för evidensbaserad handläggning av patienter. Sidan www.psykiatristod.se erbjuder en uppdaterad och ständigt tillgänglig version av aktuella vårdprogram. Det finns 36 vårdprogram inom följande områden: psykiatri, narkotika och dopning, OCD och relaterade syndrom (OCD, Obsessive-compulsive disorder, tvångssyndrom) samt ångestsjukdomar.
Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod, är ett gemensamt vårdprogram för psykiatri, mödravård, förlossningsvård och primärvård. Riktlinjer för vård av döva, dövblinda och barndomshörselskadade är skrivna för att förmedla kunskap om hur den psykiatriska vården kan möta patienter med dövhet, dövblindhet och hörselnedsättning.

Standardiserade vårdprocesser

Med målet att uppnå en säker och jämlik vård av hög kvalitet har standardiserade vårdprocesser väglett patientarbetet i psykiatrin sedan 2015. Under 2019 har 14 nya

standarder för barn och unga tagits fram. Det innebär att det nu finns standarder som beskriver omhändertagandet för de vanligaste tillstånden i samtliga åldersgrupper. Under året har även ett gemensamt material för grupputbildningar inom olika tillstånd riktat till patienter och närstående börjat användas i hela verksamhetsområdet. Detta har medfört ett ökat utbud av utbildningar och att alltfler patienter har erhållit ökad kunskap om sitt tillstånd och hur de själva kan påverka sitt mående. I övrigt har den årliga strukturen för arbetet följts genom revidering av befintliga standarder samt uppföljning av prioriterade mål vid besök av VO chef, två gånger per verksamhet och år.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Efter ett projekt under 2015-2016 beslutade psykiatrins chefer i landet att gå vidare och genomföra markörbaserad journalgranskning vid samtliga verksamheter som bedriver vård för vuxna patienter under 2019-2020. Inom VO psykiatri har utbildade granskningsteam i samtliga verksamheter med patienter över 18 år varje månad granskat ett förutbestämt, slumpvis utvalt antal journaler. Syftet är att utifrån markörer hitta skador och bedöma skadornas undvikbarhet, det vill säga om skadan är en vårdskada. MJG har även funktionen att kvalitetssäkra det lokala patientsäkerhetsarbetet där verksamheten blir uppmärksammad på de fall MJG hittar vårdskador som inte redan var kända. På så sätt uppmärksammas vårdmoment eller rutiner där det finns ett förbättringsutrymme. Granskningen förs in i ett nationellt register hos SKR som möjliggör jämförelse mellan olika regioner. Under 2019 har beslut fattats att barn- och ungdomspsykiatrin ska inleda ett försök med MJG.

Exempel på övrigt förbättringsarbete inom psykiatri

Nedan beskrivs ett urval av pågående förbättringsarbeten.

”Självvald inläggning” är ett koncept som startade med piloter inom psykosvården, vården av personer med emotionellt instabila personlighetsstörningar samt inom ätstörningsvården. I samband med det startades forskningsprojekt. Konceptet innebär att patienterna själva kan välja om de vill lägga in sig under en kortare tid genom att man gör en gemensam överenskommelse mellan patient, vårdnadshavare, öppenvård och heldygnsvård. Målsättningen är att ge patienterna större inflytande över sin vård och att studera hur det påverkar sjukdomsförloppet. I enlighet med politiska beslut utvidgas nu konceptet till att omfatta alla avdelningar.

Under året har ett stort antal nybyggda vårdplatser tagits i bruk. De har utformats utifrån konceptprogrammet ”Lokaler för God Vård Psykiatrisk Heldygnsvård” som tagits fram av Locum AB i samverkan med SLSO, patienter och närstående. Miljön främjar ett personcentrerat arbetssätt och erbjuder patienterna ökad möjlighet till bibehållen integritet och självbestämmande genom enkelrum, skåp att låsa med egen nyckel, personliga inställningar när det gäller ljus m.m. samtidigt som säkerheten är hög.

I heldygnsvården för vuxna pågår projektet ”Braining” som innebär att patienter erbjuds att tillsammans med medarbetare delta i träning. Syftet är att minska patienternas symtom på depression och ångest samt förbättra deras livskvalitet och hälsa.

I de vuxenpsykiatriska verksamheterna finns barnsamordnare som arbetar med att tillgodose barns behov av information, råd och stöd när barnets vårdnadshavare lider av psykisk ohälsa eller oväntat avlider.

Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (BipoläR), elbehandling vid psykiatriska sjukdomar (Kvalitetsregister ECT), internetbaserad psykologisk behandling (Svenska internetbehandlingsregistret SibeR), psykossjukdomar (PsykosR), ADHD (BUSA), Svenskt Beroenderegister (SBR), nationellt kvalitetsregister för

barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup), ätstörningsbehandling (RIKSÄT) och rättspsykiatri (RättspsyK).

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

3.3.1 Geriatrik

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker: Danderydsgeriatriken, Jakobsbergsgeriatriken samt Sabbatsbergsgeriatriken. Alla medarbetare genomgår grundläggande utbildning i patientsäkerhet. Målsättningen är att utveckla vården, öka riskmedvetenheten och skapa en säkerhetskultur som motiverar alla medarbetare till ökad rapportering av risker, tillbud och negativa händelser samt att aktivt delta i förbättringsarbete och utvärdera effekterna.
Som en del i verksamheternas egenkontroll används ett verktyg för uppföljning av process- och resultatmått. Processområdena är bland annat fallskador, trycksår, undernäring och multisjuklighet. Riskronder genomförs för att identifiera risker och arbeta med handlingsplaner. Lokala arbetsgrupper träffas regelbundet och utför ett strukturerat arbete med att återföra identifierade risker och föreslagna åtgärder till medarbetare och chefer inom verksamheten. Andra exempel på egenkontroll som utförs är stickkontroller av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, punktprevalensmätningar av t ex vårdrelaterade infektioner, trycksår samt screening för MRSA.
Kontinuerliga samverkansmöten med andra aktörer inom t ex. kommunal omsorg, primärvård och akutsjukvård hålls för att förbättra samarbetet och öka patientsäkerheten i vårdens övergångar samt öka tryggheten vid hemgång. Detta har bland annat lett till att samarbetet med kommunerna kring SIP har förbättrats med kortare vårdtider som följd.
Under året har man aktivt följt upp och arbetat med resultatet av patientenkäten vad gäller inflytande, delaktighet och bemötande. Ett annat exempel på förbättringsarbete är introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor.
Risk- och konsekvensanalyser har utförts under hösten med anledning av Danderydsgeriatrikens övergång till Danderyds sjukhus AB i januari 2020.

3.3.2 Närakut

SLSO driver sex närakuter i Region Stockholm. Under året har organisationen för patientsäkerhetsarbetet stärkts genom utbildning och tydligare definition av roller, och den operativa ledningsstrukturen har setts över. Nya funktioner har skapats såsom ledningsläkare och ledningssjuksköterska vilket har lett till en bättre bemanning med ordinarie personal. Introduktionsprogram för nyanställd personal har setts över och förbättrats.
Ett kontinuerligt arbete pågår med att utveckla arbetssätt. Bland annat har ett snabbspår införts och ett nytt triageringssystem planeras. Samverkan pågår med externa vårdgivare för att utveckla säkra och effektiva vårdkedjor för olika diagnosgrupper.
Medarbetarna har fått utbildning i HändelseVis. En analysgrupp hanterar avvikelser i systemet, rapporterar till ledningsgruppen samt informerar personalen på APT. Kvalitetssäkringsgrupper utarbetar och uppdaterar kontinuerligt handlingsplaner och rutiner för handläggning av patienter.

3.3.3 ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra

ASIH utgörs av två resultatenheter; ASIH Stockholm Södra och ASIH Stockholm Norr.
Båda verksamheterna arbetar strukturerat med patientsäkerhet. Fokus ligger på att identifiera risker och därigenom förhindra allvarliga händelser. Detta har lett till att flertalet rutindokument har upprättats.
I dag finns ett etablerat och gemensamt arbetssätt kring patientriskbedömningar i ämnen såsom munhälsa, nutrition, fallrisk och trycksår. Resultatet av riskbedömningen leder till en aktivitetsplan.

ASIH Norra har en fast patient- och medarbetarsäkerhetsgrupp. ASIH Södra har under året infört ett nytt arbetssätt där man utgår från specifika händelser och sätter samman grupper utifrån de kompetenser som behövs.
En förutsättning för patientsäker ASIH-vård är att funktionen hos telefoni och fordon är säkerställd samt att personalfördelningen på jourtid är optimal. Arbetet med att minimera risker vid störningar fortgår.

3.3.4 Akademiskt specialistcentrum

Verksamheten eftersträvar ett öppet klimat där patientsäkerhetsrisker diskuteras löpande. Avvikelserapporter tas upp på arbetsplatsträffar och patientfall tas upp på gemensamma falldragningar t ex. handläggning av vårdrelaterade infektioner. Medarbetarna diskuterar tillsammans hur detta ska kunna undvikas och får ett tillfälle att lära av varandra.
En hälsoplan upprättas och uppdateras i samband med varje vårdkontakt. Hälsoplanen är en journalmall som innefattar rubriker som mål för patienten, läkemedel, levnadsvanor, provtagning, röntgen och nästa planerade kontakt. Hälsoplanen minskar risken för missförstånd om läkemedelsbehandling och provtagning.
Akademiskt specialistcentrum samverkar med primärvården för att skapa sömlösa patientprocesser. Verksamheten samarbetar även aktivt med patientföreningar för att identifiera förbättringsområden och involvera patienter i vårdutveckling.

3.3.5 Centrum för cancerrehabilitering

Verksamheten arbetar med förbättringar och utveckling av verksamheten på ett patientsäkert sätt till exempel genom se till att rutinbeskrivningar finns och att de uppdateras kontinuerligt.
Verksamheten arbetar med avvikelsehantering på ett systematiskt sätt.
Ett mål är att alla patienter ska ha en patientansvarig behandlare och en individuell rehabiliteringsplan. Patientenkäter används för uppföljning av patientens upplevelse.

3.3.6 Team Äldredoktorn

Patientsäkerhetsarbetet har under året haft fokus på följande områden:

- Kommunikation och informationsöverföring i alla led.
- Samarbete med kommunala och privat vårdgivare
- Säker läkemedelshantering vid vårdens övergångar
- Avvikelsehantering och lärande av det.

Risk- och konsekvensanalys gjordes i samband med att verksamheten avvecklades 1 juni 2019.

3.4 Habilitering och Hjälpmedel

3.4.1 Habilitering och hälsa

Habilitering och hälsa är en specialistverksamhet som kompletterar den medicinska vården med särskild kompetens inom funktionsnedsättningar. Genom råd, stöd och behandling underlättas vardagen för barn, unga och vuxna med varaktig funktionsnedsättning.
Verksamheten består av lokala rehabiliteringscenter för barn och vuxna, samt länsövergripande kunskapsmottagningar inriktade på specifika problem.
Samverkan inom verksamhetsområdet ger möjlighet att lära av varandra, det finns en övergripande patientsäkerhetssamordnare som följer utvecklingen och stödjer patientsäkerhetsarbetet. Alla enheter har ett eget patientsäkerhetsombud. Utbildning i patientsäkerhet för medarbetare sker kontinuerligt.

Risk- och avvikelserapportering
Alla enheter rapporterar avvikelser och medarbetare får återkoppling på bland annat APT.

Under året har 665 avvikelser registrerats, varav 343 risker, 124 tillbud och 198 negativa händelser. De tre största problemområdena var dokumentation och informationsöverföring, behandling och omvårdnad samt tillgänglighet.
Risker och vårdskador identifieras bland annat i HändelseVis och hanteras enligt rutin. Internutredningar och händelseanalyser har genomförts efter att fem patienter suiciderat. Vid tre av fallen har utredning gjorts tillsammans med psykiatrin. Flera åtgärder har genomförts utifrån dessa analyser.

Klagomål
Från IVO och PaN har det inkommit fyra ärenden vilka handlat om kommunikationsproblem och brister i samverkan mellan Habilitering o Hälsa och andra vårdgivare. Klagomålen är en viktig del i arbetet med att utveckla vårdprocesserna.

Aktivt arbete för samverkan med vårdgrannar pågår.
Vårdplaneringsmodellen är implementerad i verksamheten och en modul används då vårdplan skrivs. I modulen finns flera habiliteringsprogram som blir naturligt integrerade i patientarbetet. Habiliteringsprogrammen syftar till att säkra en likvärdig vård, samt att evidensbaserade och effektiva insatser används.
Flera vårdprogram har implementerats för att tydliggöra patientens vård och öka patientens medverkan och inflytande.
Ett utvecklingsarbete pågår för att bland annat minska köer med syfte att erbjuda vård i rätt tid och med valmöjlighet till distanskontakt.

3.4.2 Tolkcentralen

Alla medarbetare rapporterar avvikelser i HändelseVis. Vid negativa händelser får medarbetarna enskild återkoppling av verksamhetschef och åtgärder diskuteras.
Tolkcentralen har under året rapporterat 214 vårdavvikelser varav 15 risker, 139 tillbud och 60 negativa händelser. 101 av dessa avvikelser avser vårdgivare som bokat tolk men inte avbokat tolken när behovet upphört. Tolkcentralen har under året arbetat med ”månadens avvikelse” som en stående punkt under arbetsplatsmötena.
Klagomål och synpunkter från tolkanvändare tas om hand och följs upp med berörda parter. Ett förändringsarbete är genomfört under året för inkommande och samordnande av beställningar. Patientsäkerheten förväntas öka då reception och samordning har blivit en kundtjänst.

3.4.3 Hjälpmedel Stockholm

De tre hjälpmedelsverksamheterna, Hjälpmedel Stockholm, KommSyn Stockholm och Medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH) har en gemensam patientsäkerhetssamordnare som ansvarar för att ta emot och hantera produktavvikelser, medicintekniska avvikelser samt klagomål från patienter.

Ett nytt arbetssätt har implementerats i affärssystemet Sesam 2 med fokus på att ta fram statistik på avvikelser och följa leverantör som utför rekonditionering.

Ett arbete pågår med att skapa ett nytt ledningssystem som ska underlätta och säkerställa patienssäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetssamordnare har regelbundna möten med patientsäkerhetsombud från alla enheter. Kunskap om andra enheter och information om pågående patientsäkerhetsarbete har ökat mellan patientsäkerhetsombud och vidare till alla medarbetare.

Antal avvikelser registrerade i HändelseVis var 177 under 2019. Från tekniker inkom 122 produktavvikelser. Via formulär från patienter och närstående inkom 922 avvikelser. Av samtliga inkomna avvikelser har sju ärenden bedömts som tillbud eller negativa händelser och har skickats till Läkemedelsverket och IVO.

3.4.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet

Förbrukningshjälmedel i hemmet (FHH) arbetar på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). FHH ansvarar för driften av hjälpmedelsverksamheten för förbrukningshjälpmedel till patienter som utför sjukvårdsinsatser i hemmet efter instruktioner av sjukvårdspersonal.
Antalet risker och avvikelser som registrerats och handlagts under året uppgick till 257 ärenden. Två separata klagomål har inkommit. Såväl avvikelser som klagomål har i huvudsak handlat om leveransförseningar, felplock vid packning av beställningen och felskrivningar t.ex. mängd.
Vid uppstarten 2018 fungerade inte verksamhetssystemen och distribution av leveranser tillfredsställande. Under 2019 har ett gediget uppföljningsarbete genomförts genom täta uppföljningsmöten med distributör.
För att säkerställa att leveranser skett enligt avtal och överenskommelser har statistik för leveranser följts regelbundet och stickprovskontroller har utförts. De avvikelser som framkommit har rapporterats i HändelseVis. Efter analys och bedömning har åtgärder vidtagits enligt framtagen rutin. Medarbetare har fått information om inrapporterade avvikelser vid APT. Avvikelser, klagomål och synpunkter ses som en del i verksamhetens arbete med att förbättra processer och rutiner i verksamheten.
En riskanalys med efterföljande åtgärds- och handlingsplan är utarbetad inför övertagandet av leveranser av nutritionsprodukter för barn under 16 år. Detta ingår i avtalet med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Startdatum planeras till 1 maj 2020.

3.5 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)

Centrum för arbets- och miljömedicin arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. I arbetet ingår även individuella patientutredningar relaterade till miljön.

Det finns en mottagning för arbets- och miljömedicinska sjukdomar i allmänhet (Arbets- och miljömedicinska mottagningen) och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar (Hudallergimottagningen).

För att definiera rutiner och säkra kvaliteten i patientarbetet finns rutiner för mottagningsarbetet dokumenterade i en webbaserad metodbok och verksamheten följer gällande hygienregler. Rutindokumenten innefattar bl. a riktlinjer för journalskrivning, handläggningsstöd för olika typer av medicinska utredningar, exponeringsutredningar och sambandsbedömningar, policy för journalöppningar i Take Care med regelbunden kontroll av inloggningar, samt rutiner vid skyddade personuppgifter.

CAMM deltar aktivt i den nationella kvalitetsgruppen för arbets- och miljömedicin för att säkra kvaliteten i patientutredningarna. Resultat rapporteras till nationella kvalitetsregister.

En patientenkät genomförs vart fjärde år för att mäta bland annat patientnöjdhet, mottagande, information, och i vilken mån utredningarna vid CAMM leder till konkreta åtgärder på arbetsplatserna. Den senaste enkäten gjordes hösten 2019 och sammanställs nu. CAMM sammanställer årligen statistik över antalet nybesök, vilka instanser som har remitterat patienterna, vilken typ av exponering utredningarna handlat om, vilka yrkeskategorier som deltagit i utredningen, samt vänte- och utredningstider.

4. Övergripande strategier och mål för 2020 och kommande år

SLSO:s långsiktiga inriktning när det gäller förbättrad kvalitet- och patientsäkerhet är fokuserad på utveckling och införande av evidensbaserade, standardiserade och säkra vårdprocesser. Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2020 utifrån Region Stockholms övergripande nollvision för vårdskador. Avgörande för säker vård är medarbetarnas värderingar, attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet, dvs patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Under 2020 fortsätter arbetet med att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bland annat med utgångspunkt i den nationella samt regionala handlingsplanen för patientsäkerhet.
Utbildning inom området kommer att vara i större fokus under 2020.

Riskanalys är en förutsättning för ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna ska fortsätta att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Även 2020 ska resultatenheterna upprätta handlingsplan för patientsäkerhet samt skriva en patientsäkerhetsberättelse.

SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet ska fortsätta utvecklas bland annat genom förbättring av egenkontroll och styrande och stödjande dokument.

God tillgänglighet är viktig för patientsäker vård och är ett prioriterat förbättringsområde. System och metoder ska fortsätta att utvecklas, bland annat genom e-hälsotjänster som t.ex. digitala patientbesök.

SLSO:s övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet/säker vård 2020

- Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara ≤ 7,7 %
- Uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamheter ska vara ≤ 130
- Andelen patienter som träffar samma läkare/behandlare (kontinuiteten) ska öka
- Kvalitetsindex ska vara ≥ 50 %.

SLSO:s resultatenheter fortsätter under 2020 förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet såsom avvikelsehantering, klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering, riskanalys, VRI, följsamhet till basala hygien- och klädregler, läkemedel, trycksår, undernäring, fall, suicidprevention och informationsöverföring och kommunikation internt och externt.