Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2021-03-22

SLSO 2021-0811

Patientsäkerhetsberättelse 2020 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 2020 var färdigställd 2021-02-25.

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 Inspektionen för Vård och Omsorgs (IVO) 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 2020 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Gabriel Lagercrantz
Chefläkare

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)







2020

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2020 för Stockholms läns sjukvårdsområde 3
SLSO som vårdgivare och organisation 4
Sammanfattning 5
2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året 8
2.1 Vårdrelaterade infektioner 8
2.2 Läkemedel 11
2.3 Risk- och avvikelsehantering 15
2.3.1 Riskhantering 15
2.3.2 Avvikelsehantering 16
2.4 Hantering av synpunkter och klagomål 16
2.5 Utredning av vårdskador 17
2.6 Informationssäkerhet 19
2.7 Patientsäkerhetskultur 21
3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter 22
3.1 Primärvård 22
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
3.4 Habilitering och Hjälpmedel 36
3.4.1 Medicinteknisk apparatur i hemmet, Hjälpmedel Stockholm och KommSyn Stockholm 36
3.4.2 Habilitering och hälsa 37
3.4.3 Tolkcentralen 37
3.4.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet 38
3.5 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) 38
4. Övergripande strategier och mål för 2021 och kommande år 39

Patientsäkerhetsberättelse 2020 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i Region Stockholms regi. 2020 genomfördes inom SLSO:s verksamheter cirka 5 miljoner öppenvårdsbesök, cirka 350 000 vårddygn i slutenvård och cirka 226 000 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

Eva Pilsäter Faxner
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 primärvård, 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

Under 2020 har SLSO fått göra omfattande förändringar i arbetssätt inom alla verksamheter till följd av pågående pandemi med covid-19. Det har bland annat. inneburit en omställning till vård på distans hos många av verksamheterna. Fysiska besök i öppenvården har omvandlats till videobesök eller telefonkontakt där det har varit möjligt i syfte att minska risk för smittspridning. Geriatrikklinikerna har stått för en stor andel av vården av covid-19 patienterna i Region Stockholm. På närakuter/husläkarmottagningar har man skapat separata flöden för patienter med respektive utan infektionssymtom.

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 risker. Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att stärkas. Resultatenheterna upprättar en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och de skriver en egen patientsäkerhets-berättelse för året. Antalet risk- och avvikelserapporter har minskat något jämfört med 2019. 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 (Hållbart Säkerhets Engagemang). Resultatet var även i år bra beträffande frågor som specifikt speglar patientsäkerhetskultur. Enkätsvaren visar att 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 pågår successivt införande av möjlighet att framföra synpunkter och klagomål digitalt via 1177 till vårdenheten. Cirka 80 % av inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) berör primärvård och psykiatri. Totala antalet inkomna ärenden har ökat vid jämförelse med 2019. En liten ökning ses fortfarande för närakuterna, en förhållandevis ny akutverksamhet inom SLSO.

Antalet klagomål inkomna via IVO till SLSO låg på ungefär samma nivå som 2019 och med en likartad fördelning mellan vårdgrenar.

Under 2020 inleddes 259 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud skulle föranleda en lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 146 utredningar lett till anmälan.

Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2020

Förbättrad antibiotikaförskrivning

- **Mål:** Mindre än 130 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- **Resultat:** 82 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- **Kommentar:** Målet uppnåddes med bred marginal och bidrog därmed till en minskad antibiotikaförskrivning.

Förekomst av vårdrelaterade infektioner vid punktprevalens mätning 2020

- **Mål:** Andelen patienter med VRI ska vara ≤7,7 %.
- **Resultat:** 3,7 %.
- **Kommentar:** Målet uppnåddes och andelen patienter med VRI var jämförelsevis låg. 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 vid olika mättillfällen. Många registrerade VRI har uppkommit vid vård inom andra verksamheter.

Andelen patienter som träffar samma läkare eller behandlare ska öka

- **Mål:** Andelen ska öka
- **Resultat:** 77 %
- **Kommentar:** Behandlarkontinuiteten har ökat från 76 % till 77 % jämfört med motsvarande period föregående år.

Kvalitetsindex

- **Mål:** ≥ 50 %
- **Resultat:** 47 %
- **Kommentar:** Detta är ett grovt mått på kvalitetsutvecklingen för SLSO. Måttet är ett kompositmått som består av ett femtiotal kvalitetsindikatorer. Detta redovisas i SLSO:s kvalitetsbokslut. Indikatorns målnivå uppnås inte. De förändrade förutsättningarna med anledning av covid-19-pandemin bedöms ha påverkat utfallet i negativ riktning.

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 avvikelsehanterings-system HändelseVis. I systemet rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse är ett tillbud eller en negativ händelse. Alla vårdavvikelser bedöms utifrån vilken konsekvens händelsen medfört för patienten. Numera utförs också en vårdskadebedömning på de negativa händelser som medfört en 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
2016	8261	5136	447	
2017	8024	5114	429	78*
2018	7906	4973	403	155
2019	8208	4920	489	182
2020	7256	4435	348	148

*Endast del av året

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SLSO:s nämnd är som vårdgivare ansvarig för patientsäkerheten. Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerheten inom resultatenheten enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40.

Alla medarbetare har ansvar för patientsäkerhetskulturen inom den egna verksamheten. I patientsäkerhetsarbetet ingår skyldigheten att rapportera uppkomna risker och avvikelser. Varje resultatenhet ska dokumentera i sin patientsäkerhets-berättelse hur den lokala organisationen för patientsäkerhetsarbetet ser ut. Verksamhetsstöd patientsäkerhet erbjuder 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. Arbetet under 2020 har inneburit omfattande förändringar i arbetssätt. Utbildningar, möten mm har inte kunnat genomföras på sedvanligt sätt utan har omvandlats till digitala möten, allt för att förhindra smittspridning under pandemin. Detta har ofta varit en utmaning för alla. Visst utvecklingsarbete har pga detta försenats.
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 funktionshinderorganisationer. 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) varje vår och höst. Pga. covid-19 pandemin genomfördes år 2020 endast en höstmätning. Andel patienter med VRI vid höstmätningen var 10,4 % inom geriatriken (7,9 % våren 2019), 13,6 % inom ASIH (7,7 % våren 2019) och 1,5 % inom psykiatrin (0,7 % våren 2019). Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

En faktor som antas ha påverkat VRI-prevalensen negativt inom geriatriken är den förändrade belastningen på vården i och med covid-19 pandemin. Med en proportionellt sett

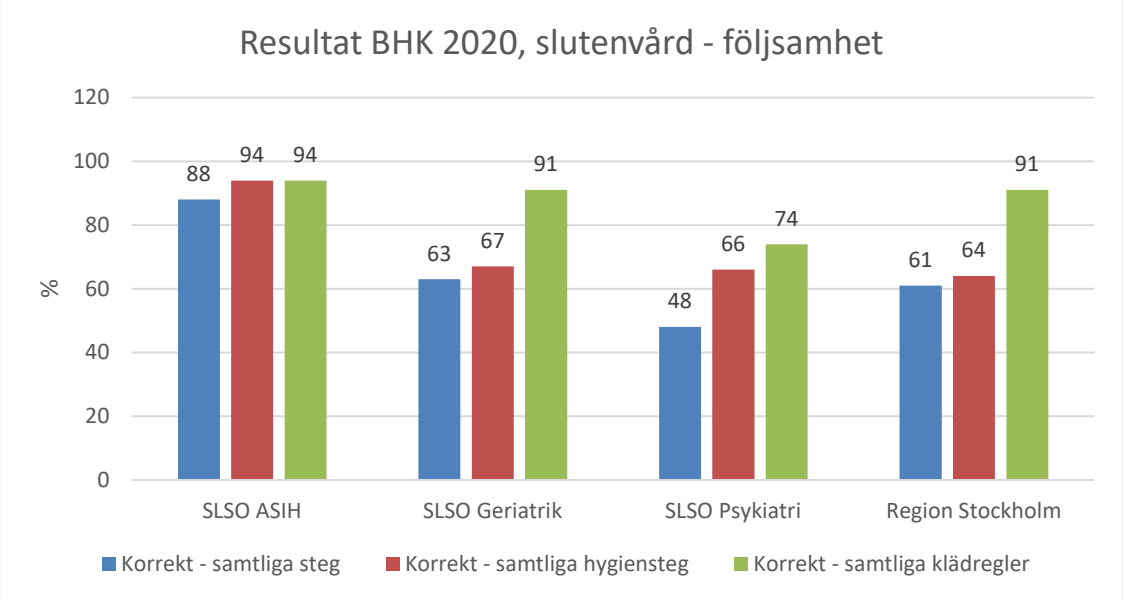
större andel inneliggande sköra multisjuka patienter som är mer infektionsbenägna, vilket påverkat VRI-prevalensen.

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 PPM avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom sluten- och öppenvård varje vår och höst. Resultatet av BHK för slutenvård hösten 2020 visas i figur 1, där jämförelse görs med samtliga slutenvårdsenheter inom Region Stockholm. Följsamheten till hygiensteg/klädregler vid höstmätningen 2020 är väsentligen oförändrad för geriatriken jämfört med 2019. För ASIH och den psykiatriska heldygnsvården har följsamheten till hygiensteg/klädregler förbättrats jämfört med 2019.

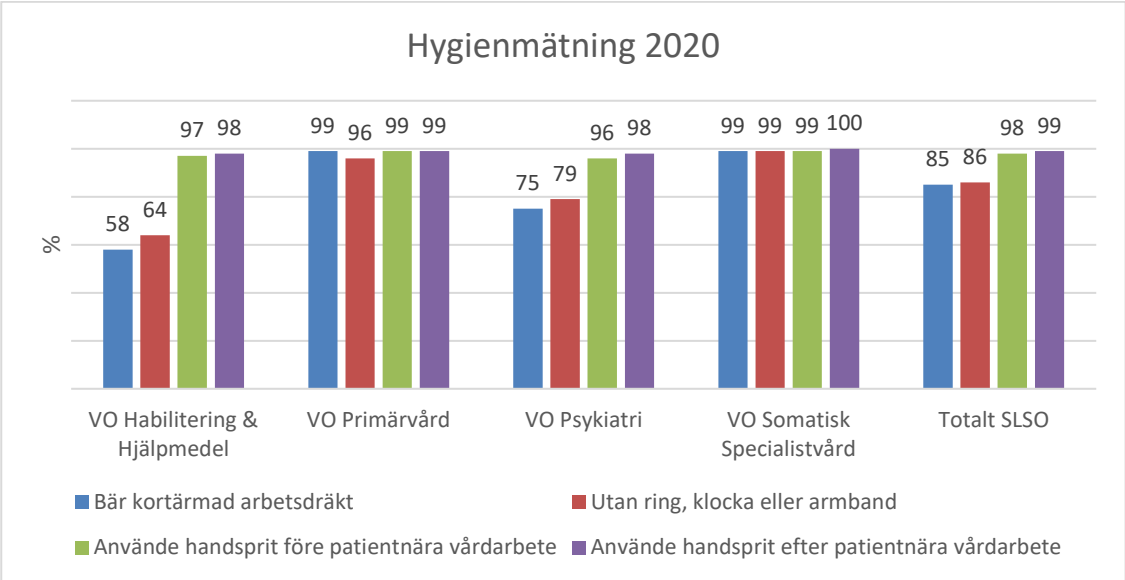
Figur 1.



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

Hygienenkäten 2020 visar att de basala hygienrutinerna följs marginellt bättre inom VO primärvård och VO somatisk specialistvård jämfört med 2019. För VO Habilitering & Hjälpmedel och 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 2020 har innefattat rådgivning, utbildning och kvalitetssäkring. Under året har samtliga verksamhetsområden varit i kontakt med Vårdhygien Stockholm.

År 2020 har i stor del präglats av arbete med rutiner och utbildning omkring covid-19. Vårdhygien Stockholm har under pandemin varit delaktiga i arbetet på olika nivåer inom organisationen. Råd och rekommendationer om covid-19 har givits till verksamheterna per e-post och telefon kring vårdhygieniskt arbetssätt och flöden. Dessutom har flera verksamheter t ex vårdcentraler, geriatrik, psykiatri och alla Närakuter fått verksamhets-besök för att optimera ett patientsäkert flöde. Utredning och åtgärder vid smittspridning har skett i samarbete med verksamheter. På initiativ från SLSO har Vårdhygien Stockholm skapat ett regionövergripande dokument: Rekommendationer för att förebygga smitta mellan anställda inom vård och omsorg.

Förutom för covid-19 har råd och rekommendationer givits till verksamheter kring bland annat rengöring, desinfektion, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB), calicivirusinfektion och luftburen smitta. Råd och rekommendationer har även givits vid verksamhetsbesök och har då främst handlat om basala hygienrutiner och arbetssätt för att förhindra smittspridning. Utredning och åtgärder vid smittspridning har skett i samarbete med verksamheter. Råd och rekommendationer har också givits för desinfektion av arbetsytor och medicintekniska produkter samt lagerhållning av sterila och icke sterila produkter.
Verksamhetsförlagd utbildning har genomförts efter önskemål, samt i vissa fall efter behov som identifierats av Vårdhygien Stockholm. Under 2020 genomfördes ytterligare ett utbildningstillfälle i ”Vårdhygieniska aspekter vid lilla kirurgin”. Vårdhygienisk

kvalitetssäkring i form av hygienrond har skett på verksamheternas begäran eller på initiativ av Vårdhygien Stockholm med anledning av misstänkt eller bekräftad smittspridning.

2.2 Läkemedel

Läkemedelsterapi är en av sjukvårdens vanligaste behandlingar och avvikelser inom läkemedelshanteringen är en av de vanligaste patientsäkerhetsriskerna. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition, förvaring samt kassation av läkemedel. Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Verksamheterna har lokala rutiner för detta i enlighet med gällande författningar och SLSO:s riktlinjer.

Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel är maskinellt förpackade läkemedel per patient och dostillfälle i dospåsar märkta med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas.

Öppenvårdsdos används av patienter i hemmet eller på boenden. Syftet är att underlätta och öka säkerheten för patienter som har svårt att klara sin läkemedelshantering själva. Ordinationer görs i befintligt journalsystem och förskrivningar i Pascal, ett nationellt webbaserat förskrivningsverktyg. För att öka kunskapen om Pascal har fem utbildningstillfällen, för läkare och sjuksköterskor, genomförts under 2020. Nya utbildningstillfällen är planerade under 2021, för nya såväl som vana användare. Upphandlad leverantör av öppenvårdsdos är Svensk dos AB.

Slutenvårdsdos är dosdispensering av läkemedel för slutenvård. Det används inom SLSO på de geriatriska klinikernas avdelningar, samt inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Upphandlad leverantör är ApoEx. 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.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Tabell 2. Antal risker och avvikelser gällande kategorin läkemedel rapporterade i HändelseVis under 2020 jämfört med 2019.

Kategorier	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Administrering	101	107	234	295	249	226
Övrigt, läkemedel	139	123	157	123	83	106
Ordination	114	57	145	108	58	80
Läkemedelsförsörjning	53	30	43	34	13	20
Kontroll	20	19	13	14	3	5
Läkemedelsgenomgång	18	13	21	21	10	5
Produkt	13	6	3	5	12	9
Antal registrerade	458	355	616	600	428	451

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, och påbörjats på avvikelser från verksamhetsområde somatisk specialistvård och psykiatri. En kartläggning har gjorts över möjliga bakomliggande orsaker till avvikelserna. Insatser för att få till förbättringsarbete inom området har senarelagts pga pandemin.

Kloka listan

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, kostnads-effektivitet och miljöaspekter. Region Stockholms 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, 90 % (91 % 2019). Geriatriken har fortsatt hög följsamhet och har ökat från tidigare år till 91 % (86 % 2019). För psykiatrin mäts följsamheten med tillägg för specialiserad vård, för år 2020 70% (74% 2019). I Kloka listan 2020 har det skett förändringar gällande rekommendationer av sömnmedel. Förändringarna i förskrivningsmönstret är begränsade inom psykiatrin och enstaka förändringar i Kloka listan ger därmed ge en större påverkan på följsamheten.

Antibiotikaförskrivning

En viktig fråga för patientsäkerheten är att antibiotika 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.

Husläkarverksamheterna i Region Stockholm står för lite drygt en tredjedel (38 %) av förskrivna och uthämtade antibiotikarecept. Närakuter står för 8 % (11 %). Under 2020 ses en lägre andel av antibiotikarecepten från vårdcentraler och närakuter jämfört med 2019. Något högre andel ses från nätdoktorer (7 %) och tandläkare (7 %). Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet har minskat från 108 recept (2019) till 82 recept (2020) per 1 000 listade patienter.

Under 2020 sågs en minskning med 19 % (5,9 % 2019) av uthämtade antibiotikarecept i Stockholms län. Det motsvarar totalt 238 recept per 1000 invånare och i och med det har man uppnått det nationella målet, (250 recept per 1000 invånare.) Försäljningen av antibiotika har minskat gradvis varje år sedan 2008, men att minskningen var så kraftig 2020 beror troligen på covid-19-pandemin. Effekten syns också på nationell nivå där antalet uthämtade antibiotikarecept minskade med 17%.

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion

Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är den 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. Urinvägsantibiotika[1*] till kvinnor i Region Stockholm har totalt minskat med 7 % (4,9 % 2019) senaste året.

1* Som urinvägsantibiotika räknas pivmecillinam, nitrofurantion, trimetoprim samt kinolonerna ciprofloxacin och norfloxacin.

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

	2019	2020
Riket	88 %	89 %
Region Stockholms vårdcentraler	94 %	94 %
SLSO vårdcentraler	93 %	94 %

Antibiotikabehandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion

Antalet antibiotikarecept till barn 0-6 år i Region Stockholm minskade med hela 44 % under 2020 jämfört med 2019. Sett till det totala antalet uthämtade antibiotikarecept får små barn inte längre flest recept. Luftvägsantibiotika dominerar inte längre, under 2020 utgjorde gruppen cirka 45 % (52% 2019) av alla uthämtade antibiotikarecept. Den nationella försäljningen av luftvägsantibiotika[2*] minskade med 28 procent jämfört med föregående år.

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 ökade något under 2020 inom Region Stockholm, se tabell 4. SLSO uppfyller Stramas mål för PcV behandling av luftvägsinfektion hos barn 0-6 år.

[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.

	2019	2020
Riket	75 %	73 %
Region Stockholms vårdcentraler	79 %	80 %
SLSO vårdcentraler	80 %	81 %

Läkemedelsgenomgångar

Målet med läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, (HSLF-FS 2017:37). Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Metoden innebär en kartläggning av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det innebär också omprövning och uppföljning av patientens totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Läkemedelsförsörjning

Vårdenheterna beställer rekvisitionsläkemedel via upphandlad leverantör ApoEx samt använder det upphandlade beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. 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 sjukhusapoteks-funktion. I funktionen ingår även chefläkare, medicinskt sakkunnig läkare, farmaceuter, verksamhetschefer samt ansvariga för alla led av läkemedelstransporterna när de hanterar läkemedelsgods. 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:s sjukhusapoteksfunktion ingår i Region Stockholms regionala sjukhusapoteksfunktion. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i regionerna.

Aktuellt under 2020

SLSO har två representanter i Expertgruppen medicinska gaser inom regionen och deltar regelbundet i möten. Inom regionens läkemedelsförsörjning finns en avropbar tjänst *Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering*. Kvalitetsgranskningen är obligatorisk för alla enheter inom SLSO som rekvirerar läkemedel och tjänsten har använts av 179 enheter under 2020 (228 enheter år 2019). En farmaceutstudent har under hösten 2020 genomfört ett examensarbete vid verksamhetsstöd patientsäkerhet. Studien undersökte i vilken utsträckning kvalitetsgranskade enheter har utfört föreslagna förbättringar. Resultatet visar att enheterna vidtar åtgärder efter granskningarna, men många brister kvarstår alltjämt. De vanligast förekommande anmärkningarna finns inom områdena förvaring, narkotikahantering, iordningställande och administrering. Förbättringsförslag rörande delegering har genomförts i mindre utsträckning. Utbildningsinsatser rörande delegering är planerade sedan tidigare men har inte kunnat genomföras detta år.

En annan upphandlad tjänst från ApoEx, *Läkemedelssupport,* dvs beställning av rekvisitionsläkemedel och skötsel av läkemedelsförrådet på enheten, har avropats av 5 enheter. Ett flertal enheter har infört ATC-kodsordning i läkemedelsförråden för ökad säkerhet. Planerade utbildningar för att öka säkerheten i läkemedelsförråden och kunskapen hos sjuksköterskor och verksamhetschefer om läkemedelshantering och gällande regelverk har skjutits på framtiden pga pandemin.

SLSO har deltagit aktivt i utvecklingsarbetet som Region Stockholm, Region Gotland och Region Dalarna bedriver för att anpassa funktionaliteten i Läkemedelsmodulen i journalsystemet Take Care till ny lagstiftning. Arbetet har fortsatt under 2020 med att anpassa funktionen ”Administrera” till Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37). Anpassningar har också gjorts med anledning av förändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) avseende hur rätt till läkemedelsförmån ska anges av förskrivare vid förskrivning av läkemedel på e-recept.

SLSO:s farmaceuter inom den lokala sjukhusapoteksfunktionen har under våren ingått i det regionövergripande arbetet med att säkerställa tillgången på nödvändiga läkemedel under pandemin. Arbete ägnades också åt att upprätta läkemedelsförråd och förbereda läkemedelshanteringen på Älvsjö sjukhus, samt på de två särskilda vårdenheter för covidpatienter som SLSO byggde upp i Farsta och Spånga. Utöver detta har det löpande arbetet med att informera vården om tillgången på restnoterade läkemedel och eventuella alternativ ökat då bristsituationer har blivit vanligare. En situation som krävde speciella lösningar var då klorhexidinsprit restnoterades under försommaren. Ett centralt lager och separat beställningsförfarande infördes inom SLSO under en period tills produkten åter fanns att beställa enligt ordinarie rutin.

Ett regiongemensamt arbete kring läkemedelshantering och standardiserad utformning av läkemedelsrum har påbörjats men begränsats pga av pandemin.
Verksamheterna ska i den årliga verksamhetsberättelsen rapportera antalet läkemedelsbiverkningsrapporter som har skickats till Läkemedelsverket.
Läkare och sjuksköterskor i verksamheterna ska en gång per år genomföra Läkemedelsverkets e-utbildning ”Biverkningsrapportering i praktiken”.

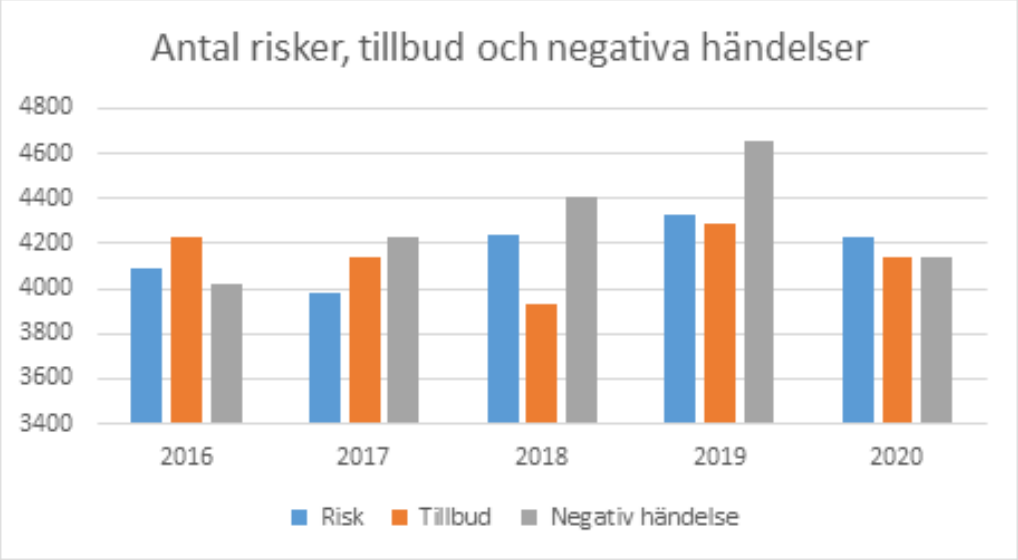
2.3 Risk- och avvikelsehantering

Risker, tillbud och negativa händelser 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 kan föras över mellan enheter, verksamheter och förvaltningar/bolag. Samtliga verksamheter har rutiner för risk- och avvikelsehantering. Alla rapporter 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.
Risk- och avvikelserapporter diskuteras medarbetare emellan på APT, i ledningsgrupper, på andra möten och det tas fram åtgärdsförslag i syfte att minimera alternativt eliminera risker, tillbud och negativa händelser. Återkoppling av enskilda rapporter och statistik sker till medarbetare, ledning och samverkansgrupper på deras respektive möten.

I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vårdavvikelser för sina enheter. På såväl enhets- som övergripande nivå sker en analys som resulterar i en handlingsplan med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år.

År 2020 rapporterades det 4 229 risker, 4 136 tillbud och 4 138 negativa händelser, se figur 3. Rapporteringen av risker, tillbud och negativa händelser har varit relativt konstant sedan flera år tillbaka.

Figur 3.



2.3.1 Riskhantering

Risker identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. Medarbetarna engageras i arbetet med risker. En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som risker. Även under 2020 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. Vid större förändringar i

verksamheten utförs alltid en riskanalys. Många av de riskanalyser som utförts under 2020 berör covid-19. 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

Rapporteringen av antal avvikelser, dvs tillbud och negativa händelser, varierar mellan vårdgrenarna. Så även vad händelsen berör, vilket resulterar i att klassificeringen också visar på en skillnad. Detta beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur.

Vanligast klassificerad händelse per vårdgren

- Patientolycksfall – Geriatrik
- Läkemedel – ASIH och Primärvård
- Dokumentation/informationsöverföring – Hjälpmedel Stockholm
- Behandling/omvårdnad – Habilitering och Psykiatri
- Utredning/Bedömning/Diagnos – Närakuter

2.4 Hantering av synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål direkt till verksamheten

Som vårdgivare har SLSO en skyldighet att ta emot synpunkter och klagomål på den egna verksamheten. Alla enheter ska ha rutiner för att ta emot och besvara synpunkter och klagomål från patienter, närstående, medarbetare och vårdgrannar. Synpunkterna och klagomålen ska användas för att förbättra verksamheten.

Det är viktigt att alla medarbetare känner till enhetens rutiner för att ta emot synpunkter och klagomål i den egna verksamheten. Synpunkter och klagomål kommer in till verksamheten via telefonsamtal, brev och vid besök. Nu finns också möjligheten att lämna synpunkter och klagomål digitalt via e-tjänsten 1177. Tjänsten är kopplad till avvikelsehanteringssystemet HändelseVis och större delen av SLSO:s primärvård är nu ansluten. Patienter och närstående kan även använda samma e-tjänst för att lämna synpunkter och klagomål till SLSO:s patientvägledare.

Patientvägledare

Om patienter och närstående inte vill vända sig direkt till verksamheten finns möjlighet att kontakta SLSO:s patientvägledare via telefon, e-tjänsten Synpunkter och klagomål via 1177 eller per brev. Patientvägledaren handlade 76 ärenden i samråd med berörd verksamhet.

Klagomål via Patientnämnden

Klagomål via patientnämndens förvaltning är en annan väg in till SLSO. Dessa ärenden handläggs av patientvägledaren och berörd verksamhetschef eller annan utsedd person. Chefläkare deltar i handläggningen.

De flesta ärenden kategoriseras under vård och behandling vilket kan handla om felbehandling, fördröjd diagnos eller missad diagnos. Andra återkommande ärenden handlar vanligtvis om bemötande eller tillgänglighet.

Antalet inkomna ärenden har ökat, se tabell nedan.

Tabell 5. Antal diarieförda klagomålsärenden via PaN.

	2016	2017	2018	2019	2020
Primärvård	247	251	277	255	286
Psykiatri	234	214	214	199	239
Närakuter			78	95	103
Habilitering och hjälpmedel/Tolk	19	14	30	11	11
Geriatrik/ASIH	11	7	10	14	9
CAMM[1]			1	0	0
ASC[2]			0	4	2
Övrigt[3]				3	
Totalt	511	486	610	581	650

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

Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

De ärenden som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inte handlägger själva överförs till SLSO för vidare utredning i enlighet med Patientsäkerhetslag 2010:659.

Av de 263 ärenden som inkommit från IVO under 2020 har 197 ärenden överlämnats för handläggning inom SLSO och 66 ärenden har IVO valt att själva utreda. Under våren sjönk antalet klagomål vilket troligtvis har en koppling till pandemin.

Tabell 6. Antal klagomål via IVO per vårdgren.

Vårdgren	2016	2017	2018	2019	2020
Geriatrik/ASIH	25	18	11	8	10
Primärvård	108	94	96	94	92
Psykiatri	98	177	157	179	117
Närakut	-	-	22	30	27
Övriga	3	1	2	3	2
SLSO totalt	234	290	288	314	248

2.5 Utredning av vårdskador

Medarbetare har under 2020 registrerat 4 138 negativa vårdavvikelser i HändelseVis, antalet har minskat något jämfört med 2019. De registrerade vårdavvikelserna handläggs och analyseras av chef. Chefen kan överpröva rapportörens val, tex korrigera tillbud till negativ händelse.

Det är chefens ansvar att lyfta allvarliga vårdavvikelser uppåt i linjen och verksamhetschefens ansvar att inleda en vårdskadeutredning. Händelser som har medfört allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada diskuteras med SLSO:s chefläkare. Chefläkare beslutar om lex Maria anmälan ska göras till IVO.

En vårdskadebedömning i HändelseVis görs sedan tre år tillbaka på de negativa händelser som haft konsekvens för patienten. Av de negativa händelserna under 2020 bedömdes totalt

434 stycken som vårdskada dvs händelsen hade kunnat undvikas med adekvat utredning och behandling. Vårdskadebedömningar som inte bedömdes vara vårdskada uppgick till 1 659 stycken. Vid upprepade analyser av de vårdskadebedömningar som utförts framkommer bristande kunskaper om vårdskadebegreppet och därav blir flera av bedömningarna inte korrekta. Detta är ett förbättringsarbete som har tagits upp i samband med utbildningstillfällen och patientsäkerhetsdialoger. Detta arbete fortsätter.

I tabell 7 framgår att fördelningen mellan handlagda risker och avvikelser risk, tillbud och negativ händelse är ungefär lika från år till år.

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

År	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
2016	4 042	33 %	4 677	38 %	3 581	29 %
2017	4 172	34 %	4 295	35 %	3 728	31 %
2018	4 373	35 %	4 254	35 %	3 646	30 %
2019	4 456	35 %	4 424	35 %	3 767	30 %
2020	4 044	36 %	3 992	36 %	3 196	28 %

Av tabell 8 framgår att majoriteten av de rapporterade negativa händelserna har mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för patienten handlar i de flesta fall om oväntade dödsfall under pågående behandling. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om behandling/omvårdnad och dokumentation/informationsöverföring.

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
2016	5%	7%	20%	38%	5%	25%	3 581
2017	5%	7%	20%	38%	6%	24%	3 728
2018	6%	5%	21%	36%	8%	24%	3 646
2019	8%	5%	19%	36%	8%	24%	3 767
2020	6%	5%	19%	35%	7%	28%	3 196

Under 2020 inleddes 259 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud skulle föranleda en lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 146 utredningar lett till anmälan och 42 ärenden utreds fortfarande.

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 där händelsen medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada numera lex Maria anmäls. Inom SLSO ska alla självmord och självmordsförsök utredas.

Tabell 9. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren.

	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiatri	134	126	84	73	93
Primärvård	27	29	24	32	41
Närakuter	*	*	2	16	18
Geriatrik/ASIH	3	3	2	4	5
Övriga	2	2	0	0	0
SLSO totalt	166	160	112	125	157

*Närakuter redovisades tidigare tillsammans med primärvård. Närakuterna var då färre till antalet och hade ett annat uppdrag.

Lärande och spridning av kunskap

Vårdgivaren har en skyldighet att informera både inblandade medarbetare och drabbad patient om beslutet från IVO. För att dra lärdom och sprida kunskap inom SLSO finns på intranätet avidentifierade handlingar rörande färdigutredda lex Maria anmälningar om händelser inom SLSO:s somatiska vårdgrenar.

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 2020 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 patient som utövar våld mot medpatient eller patient som avviker. Till anmälan hör en internutredning där vidtagna åtgärder framgår. Verksamhetschefen är anmälningsansvarig. År 2018 gjordes 8, 2019 gjordes 15 och 2020 gjordes 15 anmälningar om brister i säkerheten.

2.6 Informationssäkerhet

För att stärka styrningen av informationssäkerheten i Region Stockholm har compliance-processen, en för regionen anpassad process för systematiskt informationssäkerhetsarbete tagits fram. Compliance-processen tillämpas även inom SLSO. Compliance-processen stödjer verksamhetsledningen i det kontinuerliga arbetet med styrning, egenkontroll och utvärdering. Detta för att ständigt förbättra informationssäkerheten utifrån riskbedömningen.

För att stödja process-arbetet finns ett för Region Stockholm anpassat IT-stöd, den s.k. Compliance-portalen. I portalen finns kravkataloger för att genomföra analyser som visar skillnaden mellan nuläge och Region Stockholms informationssäkerhetskrav (gap-analys). En kravkatalog innehåller en uppsättning frågor och påståenden som baseras på Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet. Genom att besvara frågorna i Compliance-portalen ges en bild av nuläget i förhållande till Region Stockholms informationssäkerhetskrav (kravefterlevnad).

Arbetet i Compliance-portalen sker på tre olika nivåer:

- Strategisk nivå. På denna nivå följs efterlevnaden av övergripande informationssäkerhetskrav upp. Kravkatalogen innehåller nivåanpassade frågor och påståenden av strategisk karaktär om grundläggande förutsättningar som bör finnas på plats hos SLSO för att ett systematiskt informationssäkerhetsarbete ska kunna bedrivas. Uppföljning på denna nivå sker årligen på initiativ från Region Stockholms informationssäkerhetschef.
- Verksamhetsnivå. På denna nivå följs efterlevnaden av verksamhetsrelaterade krav upp, inklusive medarbetarperspektiv och säkerhetsmedvetenhet. Kravkatalogen som är utformad för denna nivå grundar sig på Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet och innehåller nivåanpassade administrativa verksamhetsfrågor och påståenden om bl.a. informationssäkerhetsklassificering, utbildningsinsatser och information till medarbetare.
  Uppföljning på verksamhetsnivå har genomförts i den mån det har varit möjligt med tanke på nuvarande covid-19 pandemi.

- Teknisk nivå. På denna nivå följs it-säkerheten i/kring it-system upp. Kravkatalogen som är utformad för denna nivå grundar sig på Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet och innehåller nivåanpassade frågor och påståenden av mer teknisk karaktär om bl.a. åtkomst, behörigheter, skydd mot skadlig kod och loggning.

SLSO:s satsning på applikationen "Alltid öppet", en lösning som gör att patienter kan genomföra säkra digitala vårdkontakter, är ett exempel på en viktig applikation som genomgått flertalet granskningar i Compliance-portalen på teknisk nivå.

Arbetet med granskningar fortskrider enligt den framtagna handlingsplanen för informationssäkerhet inom SLSO.

För att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet genomfördes under hösten och vintern en e-learning kurs i informationssäkerhet med målgrupp administrativa medarbetare inom SLSO. Givet de nuvarande förutsättningarna med en pandemi och således hårt belastad kärnverksamhet så fokuserade utbildningsinitiativet på främst administrativa medarbetare.

En del i SLSO:s systematiska säkerhetsarbete gällande IT-stöd utgår från Portföljkontoret. Portföljkontorets arbete sträcker sig från idé eller IT-behov till införande och överlämning till förvaltning. Kvalitetssäkringsrådet är en del av Portföljkontoret, och har till syfte är att utreda och ge stöd i IT-relaterade frågeställningar samt kvalitetssäkra exempelvis kravställning på nya IT-system så att god säkerhet uppnås i SLSO:s IT-system. I kvalitetsäkringsrådet ingår följande funktioner:

- Arkiv
- Avtal, inköp och upphandling
- Dataskyddsombud
- Informationssäkerhetssamordnare
- IT-drift
- Juridik
- Patientsäkerhet

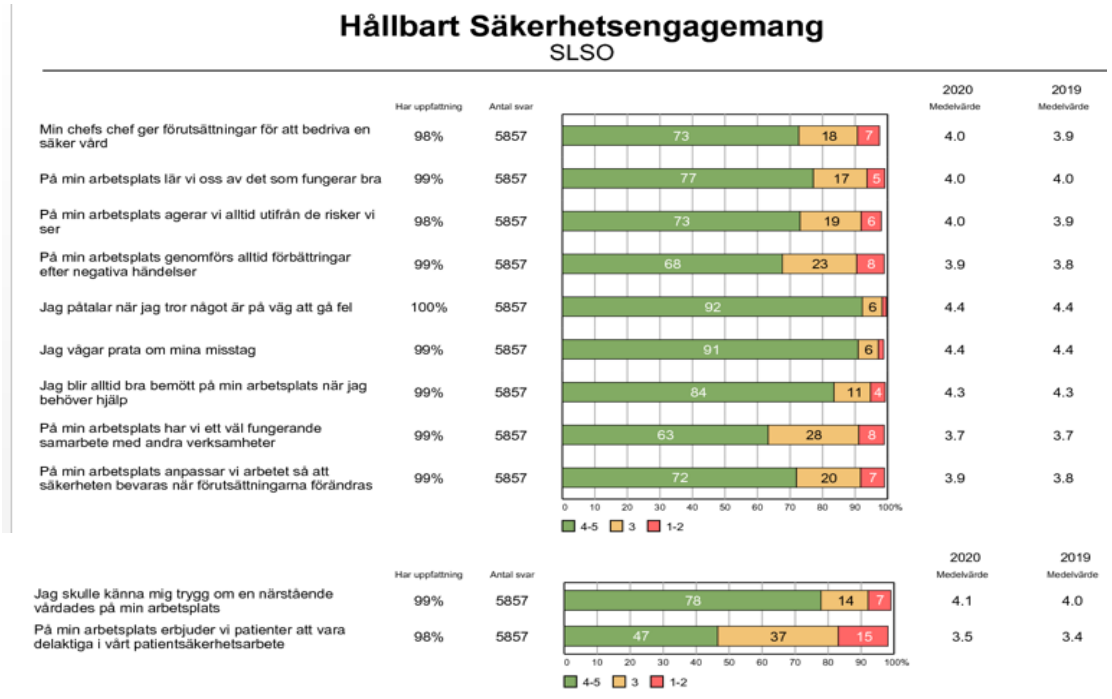
2.7 Patientsäkerhetskultur

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 chefer och medarbetare, från högsta ledning till vårdteamens och medarbetares dagliga arbete. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerheten på arbetsplatsen. Mätningens resultat blir ett underlag för chefen att skapa en dialog i personalgruppen kring alla eller några utvalda frågor.
SLSO mäter patientsäkerhetskulturen i samband med den årliga medarbetarenkäten. Sedan 2018 används de nationella frågorna Hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Antalet medarbetare som svarat på enkäten har minskat sedan föregående år. 98–100 % av medarbetarna som besvarat enkäten har en uppfattning i alla frågor. Analysen av resultatet visar på ett högt resultat på de fyra frågor som specifikt gäller patientsäkerhetskulturen, se figur 4 Det totala indexet för SLSO har ökat till 77 (år 2019 76).

Enkäten innehåller två frågor som inte ingår i index. För en av dessa frågor “På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete” har antal svarande ökat mest men får även i år det lägsta resultatet, vilket ger utrymme till förbättringar.

Figur 4. Resultat från mätning av patientsäkerhetskulturen i SLSO 2020 (andel svarande i procent)

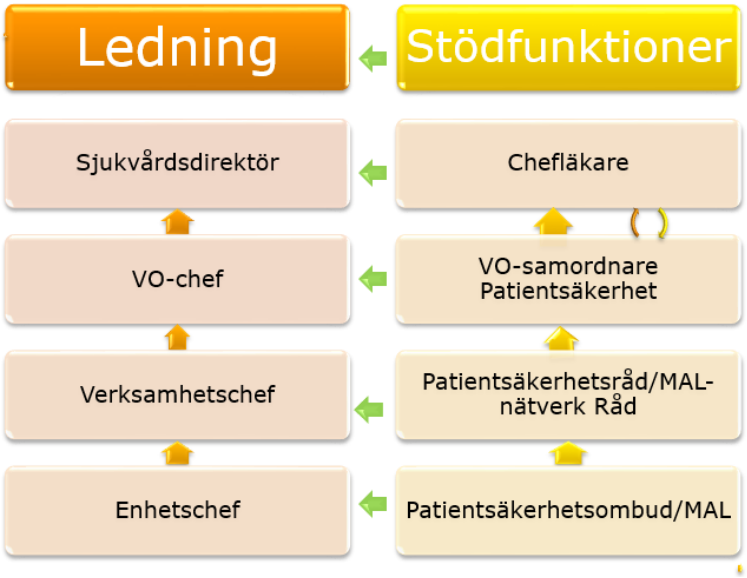


3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter

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 5 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 barnmorske-mottagning (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 och 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.

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 samt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Covid-19 pandemin kom att påverka arbetet under merparten av 2020 och har medfört snabba omställningar i verksamheterna. Ett nära samarbete inleddes mellan olika vårdcentraler och husläkarmottagningar för att skapa separata vårdflöden för patienter med respektive utan luftvägsinfektioner. Bland annat skapades s.k. kluster inom ett geografiskt område där en eller flera infektionsnoder ingick dit alla patienter med misstanke om infektion som var listade inom klustret hänvisades för handläggning.

Stort fokus har legat på omställningen till digitala arbetssätt. Möjlighet infördes för videomöten och chatt med patient. De psykosociala teamen har anpassat sin verksamhet så att enskilda kontakter med patienter sker via videobesök, men det har inte gått att som tidigare erbjuda gruppbehandling. Rehab har för att bedriva sin verksamhet under smittsäkra former förutom digitala besök även erbjudit utomhusträning, och mottagningsbesök har gjorts om till hembesök. BMM och UM har breddinfört digitala kontakter genom videomöten och chatt. Stockholms mansmottagning och Stockholms mottagning för sexuell hälsa har dessutom utvecklat nya digitala besöksvägar som självprovtagning för sexuellt överförda sjukdomar.

SLSO:s riktlinje ”Vård på distans” definierar vad som i undantagsfall kan utföras vid videomöten, t.ex. ordination och förskrivning av narkotikaklassade läkemedel. I riktlinjen framgår det 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”.

Arbete har bedrivits med anpassning och utveckling av nya arbetssätt inom hemsjukvården för att kunna erbjuda smittsäkervård till patienter i riskgrupp. Antalet hembesök utökades under året med fokus på ett strukturerat arbetssätt med dagliga avstämningar och veckovisa ronder. Hemsjukvården utökade också samarbetet med hemrehab genom att i högre grad än tidigare arbeta i team. Inskrivningen av patienter har kompletterats med screening av dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut för att tidigt motverka t.ex. undernäring och fallrisk.

BMM har samverkat kring ett nytt uppdrag för att bedriva infektionsmottagningar för kontroller av gravida patienter med misstänkt covid-19 infektion. Under året har arbetet fortskridit med projektet Min Barnmorska som innebär att en grupp barnmorskor ansvarar för vården genom hela vårdprocessen (mödrahälsovård-förlossning-BB-eftervård) och totalt har 4 team skapats för detta.

Inom BVC har nya arbetssätt tagits fram för implementering av Hembesöksprogram, Amningsmottagningar och Familjecentraler, som finns tillgängliga som tilläggsavtal.

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen har övergripande ansvar för patientsäkerheten och bistås ofta av medicinskt ansvarig läkare (MAL) och medarbetare med särskilt uppdrag i patientsäkerhetsarbetet. 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. En rutin har upprättats för att beskriva hur man sammanställer avvikelserna.

Logopedi Södra och Logopedi Västra har anordnat diagnosvisa möten för att uppnå ökat samarbete och skapa lika vård.

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. En annan samarbetsform är Gemensam Mottagning (planerade och strukturerade besök där patient får träffa två olika professioner från två olika enheter), som genomförs mellan vårdcentraler och Rehab, BUMM och Rehab samt BVC och Rehab. 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 2020 till 3 342. Antal rapporter har legat på en stabil 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.

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. Flertalet vårdcentraler och husläkarmottagningar har genomfört ett arbete för en klok och återhållsam antibiotikaanvändning, enligt Strama Stockholms anvisningar. 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.

Exempel på genomförda kvalitetsarbeten är framtagande av rutiner för uppföljning av patienter med osteoporos eller hypertoni, förbättrat omhändertagande av redan diagnostiserade demenspatienter och tidig upptäckt av minnessvikt samt förbättrad glukoskontroll för gruppen patienter med högt och svårinställt blodsocker.

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.

Arbete med att skapa nya sjuksköterskeledda mottagningar har fått anstå pga pandemin. Nya arbetssätt som kunnat fortgå 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.

Samtliga yrkeskategorier deltar i olika utbildningsaktiviteter. En satsning har gjorts så att sköterskor och distriktssköterskor genomgått utbildning i förskrivningsrätt för förbrukningshjälpmedel och diabeteshjälpmedel, samt triagering i primärvård.

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) och Luftvägsregistret (astma-KOL). Alla 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

SLSO:s Psykiatri är under året ett sammanhållet verksamhetsområde (VO) för patienter i alla åldrar. Där 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. Heldygnsvården består av 64 vårdavdelningar. För omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa ansvarar fyra länsövergripande psykiatriska akutmottagningar för vuxna och barn samt två ambulanser.

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 5. 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. Kvalitetsuppföljning görs av samtliga verksamheter inklusive uppföljning av patientsäkerheten. Utvecklingsarbeten pågår i verksamhetsområdet tillsammans med 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. Året präglas av Covid-19-pandemin som medför förändringar i rutiner kring smittskydd och arbetssätt med fler distanskontakter. Sett över helheten har vården kunnat upprätthållas i hög omfattning.

Nedan återges sammandrag ur de psykiatriska 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 alla nyanställda medarbetare och träffar varje ny chef i samma syfte. Antalet rapporterade risker och avvikelser är, med en liten marginal, det högsta någonsin för BUP Stockholm. Det höga antalet tolkas spegla en hög grad av engagemang och medvetenhet om patientsäkerhet i organisationen.

Suicidprevention är ett fortsatt viktigt område, där strukturerade suicidriskbedömningar samt rapportering och analys av suicidförsök är viktiga delar. Patienter görs delaktiga i sin vårdplanering och målet är att alla patienter och vårdnadshavare får vårdplaner skriftligt i BUP:s öppenvård. Processkartor för ett flertal olika psykiatriska tillstånd implementeras. Den nya enheten ”En väg in” öppnas. Enheten hanterar alla förfrågningar om vård liksom alla remisser ställda till BUP:s öppenvård.

Under 2020 fortsätter arbetet med att förvalta ett robust ledningssystem för tvångsvård med systematisk uppföljning, fortlöpande kompetensutveckling och egenkontroll. Aspekter och särskilda aktiviteter som rör tvångsvård beaktas, t.ex. uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd. Arbetet med att ta fram bildstöd att använda vid uppföljningssamtal har påbörjats.

Inom PNV gjordes en satsning på att erbjuda alla patienter i heldygnsvården ett samtal om dagen (ESOD). Samtalet styrs av patienten och vad denne önskar prata om. Vidare gjordes förberedelser av ett nästa steg, samtal enligt acceptance and commitment therapy (ACT). Uppföljning görs som ett forskningsprojekt via CPF.

En utbildning togs fram för personcentrerad vård i heldygnsvården med fokus på patientens delaktighet i vårdplaneringen. Det tidigare projektet inom ramen för Mininätverksverksamheten i Sollentuna har permanentats. Det innebär att kommunen och regionen har en metod för att stödja svårt sjuka patienter med beroendeproblematik. Mottagningsbesök utan tidsbokning, s.k. drop-in-verksamhet, för patienter inom öppenvården som behandlas med centralstimulantia (CS-patienter) har under slutet av året övergått i webbaserad form. Syftet är att säkerställa planerad uppföljning av patientens behandling.
En utbildning riktad till omvårdnadspersonal kring lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och patientens upplevelse av tvångsvård togs fram och genomfördes. För enhetschefer och medarbetare hölls ett seminarium med rollspel och diskussioner om bemötande. Under våren 2020 ställde avdelning 126 om till geriatrisk vård under ca två månader, och avdelning 131 ställde om under december, för att stödja och hjälpa den geriatriska vården under pandemin. Detta medförde ett ökat samarbete med den geriatriska kliniken på Danderyds sjukhus.

Inom NSP blir patientsäkerhetsarbetet successivt alltmer integrerat i den kliniska verksamheten. Enhetschefer och medicinskt ansvariga läkare har deltagit aktivt i utredningar och lämnat förslag på kliniskt relevanta åtgärder. Patientsäkerhetssamordnaren har återkopplat samtliga vårdskadeutredningar till involverade enheter. Rutinen för LPT-permission omarbetades med krav på uppdaterad krisplan vid permission. Målet är att involvera såväl patienten själv som närstående och förutse och förebygga risker i samband med permission. Antal tvångsåtgärder inom heldygnsvården har fortsatt att minska. Antalet erbjudna och genomförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd har ökat. Inom kliniken (utom sektionen för akutsektpsykiatri) fick 79 % av patienterna som tvångsvårdats ett uppföljningssamtal.
Patientskolan är ett projekt som startades 2018 inspirerat av konceptet Recovery College, som används inom psykiatrin i Storbritannien. Syftet med Patientskolan är att dela kunskap om återhämtning ur det egenerfarna perspektivet, både vad gäller att hantera sitt liv och sina symptom, men också av att hantera vården och olika hjälpinstanser. Syftet är också att förmedla hopp och reducera stigma. Patientskolan ingår i ett 6-årigt forskningsprojekt på Karolinska institutet som studerar patientdrivna vårdinnovationer. Under våren friställdes äldrepsykiatriska vårdavdelningen 23 till somatisk vårdavdelning, för att avlasta geriatriken.

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 2019 års avvikelser, klagomål via PaN och IVO samt direkt till verksamheten och BISAM:s återkoppling från patientforum och brukarråd. Verksamhetschefens och utvecklingschefens erfarenheter har också beaktats i handlingsplanen. Målen för året var mer meningsfullt innehåll i vårdplaner, att enklare överblicka följsamhet till vårdprocesser, ta fram nyckeltal för patientsäkerhetsarbetet och att stärka patientsäkerhetskulturen.

Kunskap från patientsäkerhetsarbetet återförs till enheter och personal genom återkoppling på arbetsplatsträff, läkarmöten, chefsmöten och ledningsgruppsmöten.
Patientsäkerhetsgruppen analyserar tillsammans med berörd enhetsledning och sektionsledningsgrupp allvarliga händelser och tar fram åtgärdsförslag som en del i det interna utredningsarbetet. Vid upprepade, likartade avvikelser på en enhet träffar

chefsöverläkare och patientsäkerhetshandläggare den lokala ledningen för en fördjupad utredning och bedömning av åtgärdsförslag. Identifierade brister som föranleder framtagande eller ändring av verksamhetsrutiner diskuteras på verksamhetsledningsnivå. De enskilda utredningarna leder till att åtgärder vidtas för att minska risken att de negativa händelserna inträffar igen. Till exempel har flera nya rutiner tillskapats under året som en följd av identifierade brister, såsom ”LPT-lathund för skötare”, ”Arbetsbeskrivning för psykiatrikonsulter på Södersjukhuset”, ”Tillsyn och utevistelse” och ”Förebyggande av våld inom heldygnsvården”.

Inom PSV fortgick arbetet med konsolidering av den processorganisation som infördes 2016, införandet av personcentrerad vård samt att skapa och underhålla ändamålsenliga vårdlokaler. För förbättrad tillgänglighet och hantering av klagomål implementerades nya rutiner i verksamheten. Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. Medarbetare har beretts möjlighet att genomgå ett patientsäkerhetstest via Lärtorget. Inom heldygnsvården finns förbättringstavlor där enhetens förbättringsarbeten visualiseras. All personal startar sitt pass med genomgång vid tavlan för snabb och strukturerad spridning av lärandet. Kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) införs sedan flera år succesivt inom heldygnsvården och på jourmottagningen. Syftet är att skapa en struktur för säker muntlig kommunikation och informationsöverföring. Patientsäkerhetsronder där frågor inom patientsäkerhetskultur diskuteras har genomförts på 6 vårdenheter. Åtgärder som vidtagits till följd av verksamhetens vårdskadeutredningar under 2020 har klart förbättrat patientsäkerheten. Exempel på vidtagna åtgärder är ny rutin för krisplaner, omfördelning av läkarresurser, remisshantering, rutin för permissioner och ny rutin för bemötande av patient eller närstående. Andra vidtagna åtgärder är dokumentation av suicidriskbedömningar, utbildning av läkare i akutpsykiatri, ny instruktion för sökning av primärjour samt monitoreringsronder på klinikens PIVA-avdelning.

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 var korrekt journalföring av somatiskt status och att öka patienters upplevelse av tillräcklig information om vård och behandling. Patientsäkerhetssamordnaren har närvarat på arbetsplatsträffar eller möten med enhetschef och patientsäkerhetsombud för att ge stöd och råd i arbetet med riskronder och handlingsplaner. Två tillnyktringsplatser har inrättats permanent på avdelning 34. På så sätt erbjuds säkrare medicinsk övervakning under tillnyktring för personer som omhändertagits enligt LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer).

En ny organisationsstruktur beslutades och förbereddes under 2020, den kommer att införas under första delen av 2021. Det huvudsakliga syftet är att öka tillgängligheten och underlätta för patienter att ta del av specifika vårdinsatser som är anpassade till deras individuella behov i ännu högre grad än tidigare. Förbättrade samarbetsformer, säkerhetsgenomgångar, läkemedelsmöten och inköp av medicinteknisk utrustning är ytterligare exempel på förbättringar som beslutats eller genomförts. PCS bedriver ett samarbetsprojekt med enheten Våld i nära relationer vid Akademiskt primärvårdscentrum som fortlöpt under 2020. Syftet är att implementera riktlinjer och rutiner inom området våld i nära relationer samt utbilda medarbetare i att använda dessa i det vardagliga arbetet.

Inom RPV har patientsäkerhetsfrågor en stående punkt på alla APT, chefsforum och ledningsgruppsmöten. Patientsäkerhetsarbetet och arbetet med vårdstruktur har haft fokus på patienters delaktighet. 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. Ett kontinuerligt

arbete görs för att förbättra kvaliteten i vårdplanerna då dessa ses som viktiga instrument för en god vård. Ambitionen är att upprätta vårdplanerna tillsammans med patienten och närstående.
Sedan vårdplaner infördes som journalmall kan patienten läsa sin egen vårdplan via nätet. De patienter som inte har möjlighet att själv läsa vårdplanen via nätet erhåller en utskriven version. Alla patienter i slutenvård och tvångsvårdade patienter i öppenvård har en vårdplan. För frivilligt vårdade patienter i öppenvård pågår ett utvecklingsarbete för att öka antalet vårdplaner.

En modell för en rättspsykiatrisk vårdprocess har introducerats. Processen beskrivs illustrativt i olika färger och trappsteg för att på ett pedagogiskt vis åskådliggöra var i processen den enskilda patienten befinner sig. Vilka åtgärder som är aktuella för att komma vidare till nästa steg i vårdprocessen noteras i patientens vårdplan.

Den lokala rutinen för läkemedelshantering har genomgått en omfattande revision. En digital utbildning för sjuksköterskor avseende rutiner för läkemedelshantering genomfördes och avslutades med en skriftlig kunskapskontroll. Det finns ett väl utbyggt och strukturerat samarbete med Patientnämnden både vad gäller inkomna klagomål och samarbetet avseende stödpersoner. Klinikledningen har medverkat i att producera en utbildningsfilm för stödpersoner.

Inom BCS har arbete med förbättringsförslag lett till förbättrat arbetssätt och därmed ökad patientsäkerhet. Underlaget var 85 förbättringsförslag för både arbetsmiljö och vård i Händelsevis. Rutinen för vårdkedjetider uppdaterades för att minska risken för vårdskador i samband med vårdövergångar från heldygnsvård till öppenvård. Enhetschefer arbetade tillsammans med en läkargrupp med erbjudandet av samordnad individuell plan (SIP) till patienter inom öppenvården. En struktur för genomförandet av krisplan tillsammans med patienten infördes för patienter med suicidrisk. Utbildning och diskussionsforum förbättrade journalföringen kring patientens individuella behov, även vid korta vårdbesök.

Gruppen för medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) fokuserade på förutsättningar för överremittering till annan enhet, dvs att patienter ej avslutas på den remitterande enheten innan kontakt etablerats med den nya enheten. MLA-gruppen utformade en klinik-övergripande rutin avseende användningen av centralstimulerande medel hos patienter med beroendeanamnes. Rutinen ska tydliggöra dosering, bedömning och uppföljning av somatiskt status och drogfrihet före och under behandlingen. En vidareutbildning infördes för specialistläkare avseende de somatiska tillstånd som ska följas upp i samband med läkemedelsbehandling av metylfenidat eller vid ett misstänkt pågående sidomissbruk.
Inom heldygnsvården pågick ett arbete avseende dokumentation och uppföljning vid in- och utsättning av perifer venkateter (PVK). Arbetet medförde förbättrad dokumentation inom hela sektionen vilket därmed minskar risken för vårdrelaterade infektioner. Merparten av vårdenheterna har särskilda överenskommelser med olika aktörer.
Samverkansöverenskommelser har upprättats mellan vårdenheter och kommuner där gemensamt åtagande finns för att tillgodose god vård, omsorg och rehabilitering. Överenskommelser finns även med andra psykiatriska verksamheter inom SLSO för tydliggörande av det gemensamma ansvaret.

Handlingsplanen för SCÄ:s patientsäkerhetsarbete innebar bland annat att fortsatt stärka patientsäkerhetsorganisationen, betona HändelseVis som verktyg för avvikelsehantering med ökat antal avvikelserapporter som mål, genomgång av PM och vårdprogram för förtydligad behandlingskvalitet samt förbättrat samarbete mellan enheter för att underlätta patientövergångar. Under året stärktes patientsäkerhetsorganisationen ytterligare med patientsäkerhetsombud på varje enhet. En rutin skapades för patientsäkerhetsrond som

framgent kommer att äga rum på samtliga enheter en gång per år. Förbättringsarbetet av medicinska rutiner har fortsatt. Vid behov får patienten träffa psykiatrisk specialist för bedömning av psykiatrisk samsjuklighet och för att guida patienten till rätt vårdinstans för ytterligare bedömning av behandlingsbehov. Konsultationsteamet för patienter under 18 år har arbetat aktivt med både personal och inlagda patienter inom andra verksamheter som t.ex. somatisk barnsjukvård och barnpsykiatri. Specialister inom vuxensektionen har gett konsultationer för patienter med ätstörningar som vårdas hos vårdgrannar. En särskild person finns utsedd för att leda suicidpreventivt arbete vid kliniken. En processbeskrivning för remisskonferensen säkerställer att alla remisser från vårdgrannar hanteras senast efter 3 dagar och att internremisser hanteras inom en vecka. Samarbetsmöten med habiliteringen har inletts under året.

Digitalisering och journaldokumentation

I syfte att förbättra vårdens tillgänglighet och öka patienters möjligheter att vara delaktiga i sin vård pågår ett kontinuerligt arbete med att digitalisera vården. Det pågår ett fortlöpande arbete med att förbättra och förenkla dokumentationen i journalsystemet. Genom 1177:s eTjänst Journalen kan patienten ta del av journalens innehåll och därmed dokumentationen av den gemensamma vårdplaneringen. Vårdplan och krisplan ska vara lättlästa.

Utbudet av internetförmedlad vård inom VO Psykiatri ökar stadigt och erbjuds numera till allt fler patientgrupper. Internetpsykiatrienheten på PSV erbjuder KBT via internet vid depression, sömnproblem, paniksyndrom, hälsoångest, magproblem, IBS (irritable bowel syndrome), dysmorfofobi (BDD), tvångssyndrom (OCD) 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, sömn, tobak eller spel om pengar. Inom BUP finns internetförmedlad behandling sk. BIP för olika psykiska besvär som ångest, tvångssyndrom, självskadebeteende, ont i magen och tics.

I verksamheterna används digitala möten som alternativ till fysiskt besök när det underlättar för patienten och under pandemin för att förhindra smittspridning. Patient- och närstående-utbildning erbjuds via 1177:s Stöd- och behandlingsplattform.

Samverkan

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

På regional nivå finns länsgemensamma överenskommelser mellan kommun och region samt 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

SLSO:s psykiatri har en riktlinje gällande brukarinflytande. Inom verksamheterna pågår ett kontinuerligt samarbete med patientorganisationer och det finns BISAM-funktioner. 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. Även centralt inom VO Psykiatri finns en motsvarande funktion. Medarbetare med brukarerfarenhet (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 brevlådor 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 i 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 ambulanser för snabba insatser vid akut psykisk ohälsa med högsta prioritet på suicidprevention. Fordonen är knutna 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 och uppföljning genom etiska lärandediskussioner, verksamhetsgemensam lägstanivå för utbildning inom området och omhändertagande. Den centrala suicidförebyggande gruppen utbildar medarbetare från alla verksamheter i retrospektiv genomgång efter suicid, då detta har

evidens som suicidförebyggande insats och har 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 och chefsöverläkare 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.

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. Utveckling av tvångsvårdens kvalitet sker fortlöpande och patientens upplevelser av tvångsvård och tvångsåtgärder tas tillvara på i det systematiska utvecklingsarbetet. Förändringar i LPT för personer under 18 år har medfört ändrade rutiner och implementering hos medarbetarna.

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 arbetar 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. Personalens arbete ska så långt som möjligt vara inriktat på att förebygga att hot och våld uppstår. Störst fokus är arbetet i vardagen, med syfte att bygga goda relationer mellan patienter och personal. Då behov av tvångsåtgärder förekommer skall utförandet genomföras så säkert och skonsamt som möjligt. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen sedan 2005. Ett kontinuerligt arbete bedrivs centralt på SLSO för att systematiskt utvärdera och utveckla modellen och föra in ny kunskap och nya idéer. På klinikerna finns utbildade kursledare som håller kurser samt regelbundna repetitioner och träningstillfällen för alla medarbetare. Kursen innehåller kunskaper om tvångsvård, vilka faktorer som leder fram till våld, hur rätt bemötande minskar risken samt hur våld ska hanteras och följas upp. SLSO utbildar egna kursledare i Bergenmodellen.

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. Sidan innehåller även vägledningsdokument om psykisk ohälsa hos barn och unga för husläkarmottagningar och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar med tilläggsuppdrag inom Region Stockholm. 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 dessa patienter.

Standardiserade vårdprocesser

Med målet att uppnå en säker och jämlik vård av hög kvalitet har standardiserade vårdprocesser väglett patientarbetet i psykiatrin sedan 2015. Standarderna beskriver omhändertagandet för de vanligaste tillstånden i alla åldersgrupper. Ett gemensamt material för grupputbildningar inom olika tillstånd riktat till patienter och närstående används i hela verksamhetsområdet. Det innebär att patienter får ökad kunskap om sitt tillstånd och hur de själva kan påverka sitt mående. I övrigt följs den årliga strukturen för arbetet genom revidering av befintliga standarder samt uppföljning av prioriterade mål.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Efter ett projekt under 2015-2016 beslutades nationellt av psykiatrins chefer att genomföra markörbaserad journalgranskning vid samtliga verksamheter som bedriver vård för vuxna 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 för att avgöra 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 2020 har BUP deltagit i utvecklandet av MJG för patienter under 18 år.

Exempel på övrigt förbättringsarbete

Nedan beskrivs ett urval av pågående förbättringsarbeten.

”Självvald inläggning” är ett koncept som startade med piloter inom psykosvården, vården av personer med emotionell instabilitet 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, 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 fysisk 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.

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

3.3.1 Geriatrik

Geriatriken i SLSO har under största delen av året bestått av två kliniker Jakobsbergs- och Sabbatsbergsgeriatriken. Danderydsgeriatriken gick över till Danderyds sjukhus AB 2020-01-08.

Året har färgats av coronapandemin. Det har inneburit stora omställningar och utmaningar. Sedan mars har geriatriken haft ett stort uppdrag i att vara en del av det akuta covidflödet för äldre patienter i Stockholmsområdet och därmed säkerställa god vård för såväl covid- som ickecovidpatienter. Parallellt har man arbetat fortlöpande med att öka kunskapen om den nya sjukdomen samt säkerställa vårdrutiner vartefter nationella och regionala riktlinjer upprättas och uppdateras. Man har även behövt se över informationsvägar och mötesstruktur.
Exempel på andra områden verksamheterna har arbetat med är: basala hygienrutiner, öka rapporteringen av och arbeta systematiskt med avvikelser i Händelsevis, patientenkäten, förebygga fall och trycksår, gott nutritionsstatus, god munhälsa samt utökad samverkan med kommunerna. NEWS (National Early Warning Score) har införts inom slutenvården, ett instrument för tidig upptäckt av försämring hos patient genom bedömning av vitala funktioner. Arbete med introduktionsprogram för nya sjuksköterskor har pågått under året.

3.3.2 Närakut

År 2020 har Närakut SLSO starkt präglats av Covid-19-pandemin. Mottagningarna fick på kort tid ställa om till separerade vårdflöden. En första triagering genomfördes utanför mottagningarna på ett säkert och smidigt sätt. Omfattande åtgärder, i samverkan med Vårdhygien Stockholm, genomfördes på kort tid för att kunna hålla separerade flöden inne på mottagningarna.

Under året har grundorganisationen för patientsäkerhetsarbetet stärkts genom att ansvaret successivt har överförts lokalt till medicinskt ansvarig läkare och enhetschef på respektive mottagning. Detta har resulterat i en smidigare intern hantering och snabbare återkoppling. Närakuterna har även, i samverkan med andra vårdgivare, skapat och vidareutvecklat säkra och effektiva vårdkedjor med bland annat handläggning av okomplicerad ortopedi, akuta näsblödningar och djup ventrombos. Nya arbetstidsscheman för läkare och sjuksköterskor har lett till fler ordinarie medarbetare samt minskat beroendet av hyrpersonal. Funktionerna ledningsläkare och ledningssköterska har stärkts och fått en tydligare arbetsledande roll.

3.3.3 ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra

ASIH utgörs av två resultatenheter; ASIH Stockholm Södra och ASIH Stockholm Norr.

ASIH Södra
Med anledning av pandemin gjordes flera förändringar avseende arbetssätt bland annat rutiner kring skyddsutrustning och fysiska besök. Fysiska besök kortades ner, byttes ut mot videomöten alternativt telefonsamtal där det var lämpligt. De nya arbetssätten skapade trygghet i mötet med vården för våra sköra patienter. Avvikelserapporter följs upp i både ledningsgruppen och med medarbetarna på arbetsplatsträffar. Cheferna och medicinskt ledningsansvarig läkare analyserar och återkopplar till kvalitetsgrupper. De flesta

avvikelserna handlar om läkemedel. Verksamheten har förändrat patientsäkerhetsgruppens arbetssätt genom att två analysledare har övergripande ansvar att involvera medarbetare vid behov av händelseanalys. Detta bidrar till att fler medarbetare nu engageras i patientsäkerhetsarbetet. Även patienter och närstående är involverade i patientsäkerhetsarbetet, framför allt i händelseanalyser.

ASIH Norr
Arbetet med att identifiera risker och därmed förhindra allvarligare händelser har under 2020 lett till att flertalet rutindokument reviderats. En målsättning har varit att öka riskmedvetenheten och att alla medarbetare ska bidra till avvikelsehanteringen. Under året har flera förändringar vidtagits i avsikt att säkra upp rutiner kring telefoni, IT och fordon för att larmande patienter ska kunna nå oss utan fördröjning på jourtid.

3.3.4 Akademiskt specialistcentrum

Akademiskt specialistcentrum (ASC) har under pandemin ställt om till vård på distans i så hög grad som det varit möjligt. Exempel på andra områden ASC har arbetat med är bland annat att upprätta en plan för behandling och rehabilitering i samband med varje vårdkontakt, samverkan med primärvård, primärvårdsrehabilitering och andra aktörer. Verksamheten har sedan tidigare ett aktivt samarbete med patientföreningar för att identifiera förbättringsområden och involvera patienter i vårdutveckling och utveckling av nya e-tjänster. ASC har skapat ett öppet klimat där man diskuterar patientsäkerhetsrisker löpande och rapporterar avvikelser i Händelsevis. Vårdskadeutredningar genomförs i samverkan med patienter och närstående.

3.3.5 Centrum för cancerrehabilitering

Det viktigaste målet under 2020 har varit att upprätthålla cancerrehabilitering under covid-19 pandemin så att rehabiliteringen i möjligaste mån inte försenas eller uteblir. Lokala rutiner har tagits fram för att på ett säkert sätt kunna erbjuda fysiska besök samt utökat antal videobesök och flera behandlingsalternativ på stöd- och behandlingsplattformen på 1177. Ett annat viktigt mål har varit att patienterna ska ha en dokumenterad rehabiliteringsplan (andelen har ökat från 73 % till 88 %).

3.4 Habilitering och Hjälpmedel

3.4.1 Medicinteknisk apparatur i hemmet, Hjälpmedel Stockholm och KommSyn Stockholm

Medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH), Hjälpmedel Stockholm, och KommSyn Stockholm har en gemensam patientsäkerhetssamordnare som ansvarar för att ta emot och hantera produktavvikelser, medicintekniska avvikelser samt klagomål från patienter som kommer från till exempel Patientnämnden.
Patientsäkerhetssamordnare har regelbundna träffar med enheternas patientsäkerhetsombud som bidragit till en mer patientsäker verksamhet. Träffarna är ett tillfälle där vi utbyter information och tar med oss uppgifter som har med bristande arbetssätt eller rutiner att göra och som vi sedan löser inom enheten.

Regelbunden diskussion med Läkemedelsverket har skett angående utredningar av hjälpmedelsmodeller som varit inblandade i negativa händelser.Ett införande av ledningssystem som gör patientsäkerhetsarbetet mer lättförståeligt; alla rutiner och arbetsflöden finns på en och samma plats. Totalt antal produktavvikelser har ökat med 63 %. Totalt antal avvikelser i HändelseVis har ökat med 46 %. Fokus har lagts på att anpassa vårt

arbetssätt för att kunna möta vårdbehovet i en pågående pandemi. Verksamheten har arbetat efter Folkhälsomyndighetens rekommendationer och anpassat olika processer för att undvika smittspridning.

3.4.2 Habilitering och hälsa

Habilitering och hälsa är en specialistverksamhet som kompletterar den medicinska vården med särskild kompetens inom funktionsnedsättningar. Under 2020 har vi fortsatt att utbilda alla medarbetare i patientsäkerhet, alla enheter har ett patientsäkerhetsombud.

Vårdplaneringsmodulen är implementerad i verksamheten och har under året uppdaterats och anpassats till habiliteringens vårdprocess. Denna modul används då övergripande vårdplan och åtgärdsplaner skrivs. I modulen finns våra habiliteringsprogram som i och med det blir naturligt integrerade i patientarbetet. Habiliteringsprogrammen syftar till att säkra en likvärdig vård samt att vi använder evidensbaserade och effektiva insatser.

Flera vårdprocesser har implementerats för att tydliggöra patientens vård och öka patientens medverkan och inflytande.

Ett intensivt utvecklingsarbete pågår med syfte att bl.a. minska köer för att kunna erbjuda vård i rätt tid samt möjlighet till distanskontakt. Då 2020 varit ett år som präglats av pandemi har digitala möten med patienter och vårdgrannar varit nödvändig och stor utveckling har skett för att säkerställa att vi kan möta patienter på ett säkert sätt även digitalt.

Vårdskador och risker identifieras genom HändelseVis och handhas enligt rutin för patientsäkerhetsarbete. Habilitering och Hälsa har under 2020 registrerat in 539 avvikelser varav 215 var risker, 136 var tillbud och 188 var negativa händelser. Våra tre största problemområden var dokumentation/informationsöverföring behandling/omvårdnad och IT/teknik. Alla enheter rapporterar avvikelser och medarbetare får återkoppling på bl.a. APT.

Tre Internutredningar/Händelseanalys har genomförts, tillsammans med psykiatrin efter att patient suicidera. Samverkan kring vårdplanering tillsammans med BUP kommer att påbörjas utifrån en av dessa analyser.

Aktivt arbete för samverkan med vårdgrannar pågår.

3.4.3 Tolkcentralen

Under året som präglats av covid-19 pandemin har Tolkcentralen arbetat mycket med att anpassa verksamheten efter restriktioner och försöka lösa distanstolkningar patientsäkert samt ge information. För tolkuppdrag inom hälso- och sjukvården fick Tolkcentralen ett direktiv från Regionen att all tolkning, så ofta som det är möjligt, ska utföras på distans. Tolkcentralen har därför ställt om från ”tolk på plats” till distanstolkning, något som var relativt ovanligt innan pandemin. Information på teckenspråk och i text lades på webbplatsen i tidigt skede. Webbplatsen har löpande uppdaterats. Klagomål och synpunkter från tolkanvändare hanteras av handläggare och följs upp med berörda parter.

Alla medarbetare rapporterar avvikelser i Händelsevis och vid interna avvikelser får berörd medarbetare återkoppling av verksamhetschef där åtgärder diskuteras. Tolkcentralen har under 2020 rapporterat in 163 avvikelser varav 6 var risk, 76 var tillbud och 81 var negativa händelser. Det är sammanlagt 51 färre avvikelser jämfört med 2019. Viktigt är att belysa att 39 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 arbetsplatsmötet. Verksamhetschef och patientsäkerhetssamordnare väljer ut en rapporterad avvikelse som är vanligt förkommande och pratar med personalen om varför detta sker och hur det kan förebyggas.

3.4.4 Förbrukningshjälpmedel i hemmet

Förbrukningshjälpmedel i hemmet(FHH) uppdrag är att efter förskrivning leverera förbrukningshjälpmedel i hemmet inom nutrition, inkontinens, sårvård och kompression. Från den första september 2020 ansvarar även FHH för hantering av sortiment och leveranser av förbrukningshjälpmedel till barn under 15 år. Inför övertagandet har risk- och konsekvensanalys genomförts. En genomförandeplan togs fram och som följdes upp kontinuerligt. Övertagandet gick enligt plan.

FHH:s mål för patientsäkerhet är att i alla skeden organisera hjälpmedelsverksamhet för förbrukningshjälpmedel så patientsäkerheten inte riskeras.

Totala antalet avvikelser som registrerats i systemet HändelseVis och som handlagts under 2020 uppgick till 354 avvikelser, vilket är 97 fler avvikelser än 2019. Inkomna avvikelser har i huvudsak handlat om leveransförseningar, felplock vid packning av beställningen och felförskrivningar (mängd).

För att säkerställa att leveranser skett enligt avtal och överenskommelser har statstik för leveranser följts regelbundet och stickprovskontroller har utförts. Inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter ses som en del i verksamhetens arbete med att förbättra processer och rutiner i verksamheten.

Sedan start har FHH haft ett avtal med en underleverantör för att hantera distribution och lagerhållning. Avtalet sträckte sig till 2020-11-30 och gick inte att förlänga därför har en upphandling genomförts. I den nya upphandlingen skärptes vissa av kraven bl.a. för att ytterligare stärka patientsäkerheten. Det nya avtalet trädde i kraft den 2020-12-01.

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 (AMM) och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar, Hudallergimottagningen (HUD). Rutiner för mottagningsarbetet är dokumenterade i en webbaserad metodbok i syfte att säkra kvalitet och patientarbete. Rutindokumenten innefattar bland annat riktlinjer för journalskrivning, handläggningsstöd för olika typer av medicinska utredningar, exponeringsutredningar och sambandsbedömningar.

Årlig statistik sammanställs 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. CAMM deltar aktivt i den nationella kvalitetsgruppen för arbets- och miljömedicin för att säkra kvaliteten i patientutredningarna. En patientenkät genomförs var 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 rapporterades under 2020. Patientnöjdheten visade att 75 % av patienterna var nöjda eller mycket nöjda med

utredningen på AMM-mottagningen respektive 91 % på HUD-mottagningen. För en mindre del av patienterna genomfördes arbetsplatsbesök eller hembesök. Av de åtgärder som föreslagits hade 61 % genomförts helt och 17 % genomförts delvis för patienterna på AMM-mottagningen. Motsvarande för patienterna på HUD-mottagningen var 59 % helt och 30 % delvis genomfört. På frågan om patienternas besvär förändrats efter åtgärderna så svarade 40 % av AMM-patienterna och 83 % av HUD-patienterna att de blivit bättre.

4. Övergripande strategier och mål för 2021 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 2021 utifrån Region Stockholms övergripande nollvision för vårdskador. Under 2021 kommer huvudfokus ligga på arbetet med fortsatt systematiskt patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskultur i verksamheten. Fortsatt kompetensutveckling inom området kommer att vara i fokus under 2021. Fortsatt arbete med utvecklande av modell för patientsäkerhetsdialog.

Riskanalys är en förutsättning för ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna ska fortsätta att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Resultatenheterna upprättar handlingsplan för patientsäkerhet utifrån riskanalyser samt skriver en årlig patientsäkerhetsberättelse.

SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet ska fortsätta utvecklas bland annat genom systematisk egenkontroll.

God tillgänglighet är viktig för patientsäker vård och är ett prioriterat förbättringsområde. System och metoder ska fortsätta att utvecklas, bland annat genom e-hälsotjänster och vård på distans i olika former.

SLSO:s övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet/säker vård 2021.

- 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 från år 2020
- Kvalitetsindex ska vara ≥ 50 %.

SLSO:s resultatenheter fortsätter under 2021 förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet genom arbete i följande fokusområden

- Avvikelsehantering, riskrapportering, riskanalyser och handlingsplaner
- Synpunkter och klagomålshantering
- VRI och följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Läkemedelshantering
- Risk för trycksår, undernäring och fall
- Användning av SIP och vårdplanering
- Informationsöverföring och kommunikation med patienter och anhöriga samt vårdgrannar och kommunal verksamhet.