Patientsäkerhetsberättelse 2018 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.

SLSO.s patientsäkerhetberättelse 2018 var färdigställd 2019-03-01

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

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

Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde förslås besluta

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Stefan Kallström-Jansson
Chefläkare

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)







2018

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Innehållsförteckning

Patientsäkerhetsberättelse 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde 3
SLSO som vårdgivare och organisation 4
Sammanfattning 5
1. Ansvarsfördelning och egenkontroll 8
2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året 9
2.1 Vårdrelaterade infektioner 10
2.2 Läkemedel 12
2.3 Risk- och avvikelsehantering 17
2.3.1 Riskhantering 17
2.3.2 Avvikelsehantering 18
2.4 Hantering av klagomål och synpunkter 18
2.5 Utredning av vårdskador 21
2.6 Informationssäkerhet 24
2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året 25
3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter 27
3.1 Primärvård 27
3.2 Psykiatri 31
3.3 Geriatrik, Närakuter, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och somatisk specialistvård 40
3.3.1 Geriatrik 40
3.3.2 Närakut 40
3.3.3 ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra 40
3.3.4.Akademiskt specialistcentrum 41
3.3.5 Team Äldredoktorn 41
3.4 Habilitering och Hjälpmedel 41
3.5 Hjälpmedel Stockholm 43
3.6 Förbrukningshjälpmedel i hemmet 43
3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) 44
4. Övergripande strategier och mål för 2019 och kommande år 44

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Patientsäkerhetsberättelse 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i Region Stockholms regi, dåvarande Stockholms läns landsting (SLL)*. Årligen genomförs inom SLSO:s verksamheter drygt 5 miljoner öppenvårdsbesök, ca 430 000 vårddygn i slutenvård och ca 232 000 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), somatisk specialistvård, habilitering och hjälpmedelsverksamhet. SLSO har också omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet samt ansvarar för SLL:s regionala kris- och katastrofpsykologiska kunskapscentrum.

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

De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring, diagnostik, behandling, omvårdnad och läkemedelshantering. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom SLSO är en del av vårt sammanhållna och sedan 2013 certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Stefan Kallström-Jansson
Chefläkare

Anna-Lena Berggren
Chefläkare

Elizabet Haking
Chefläkare

**Den 1/1 2019 övergick Stockholms läns landsting (SLL) till att bli Region Stockholm. Då Stockholms läns landsting (SLL) var benämningen på huvudmannen för hälso- och sjukvården i länet 2018 används denna i dokumentet.*

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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 och somatisk specialistvård. De olika verksamheternas inriktning, uppdrag och ersättning regleras i avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) enligt regionens beställar- och utförarmodell.

I samverkan med Karolinska Institutet (KI) bedriver SLSO forskning och utbildning inom allmänmedicin, geriatrik, psykiatri, somatisk specialistvård, habilitering, palliativ vård och folkhälsa samt dessutom inom kris- och katastrofpsykologi. Samverkan sker med övriga verksamheter inom landstinget 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.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Sammanfattning

Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet har även 2018 legat på förebyggande insatser i form av riskrapportering och riskanalyser. Arbetet har också inriktats mot rapportering och handläggning av avvikelser i vården, klagomålshantering, journaldokumentation, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel, undernäring, och informationsöverföring. En central del i patientsäkerhetsarbetet har under året varit att genom rapportering av risker och vårdavvikelser inom varje resultatenhet identifiera patientsäkerhetsrisker, analysera orsakerna till dessa och i en handlingsplan ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera patientsäkerhetsrisker.

Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att stärkas, bl.a. genom att resultatenheterna upprättar en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och att de skriver en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har också stärkts genom framtagande av en SLSO riktlinje för detta.

Antalet risk- och avvikelserapporter har ökat något jämfört med 2017. 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 inom SLSO genomfördes 2017 med den omfattande nationella patientsäkerhetskulturenkäten. Den visade bland annat goda resultat beträffande närmaste chefs agerande rörande patientsäkerhet och samarbetet inom vårdenheten. Överlämningar och överföringar av patienter samt information och arbetsbelastning var förbättringsområden. Vid jämförelse hade SLSO, med något undantag, bättre resultat än riket.

En mindre omfattande mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs också sedan flera år tillbaka i samband med den årliga medarbetarenkäten. Under 2018 genomfördes denna mätning med nationellt gemensamma frågor s.k. HSE-frågor (HSE = Hållbart Säkerhets Engagemang). Resultatet visar ett sammantaget s.k. HSE index på 82 (SLL 79), med goda resultat beträffande frågor som specifikt speglar patientsäkerhetskultur och med patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet som ett 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 SLL startade under året ett arbete för att göra det möjligt att framföra synpunkter och klagomål digitalt till vården.

Av antalet till SLSO inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) 2018 berör 80 % primärvård och psykiatri. Totala antalet klagomål ökade med 26 % jämfört med 2017. Den dominerande delen av ökningen har skett inom närakutverksamheten.

Antalet klagomål inkomna till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beträffande vården inom SLSO låg på samma nivå som 2017 och med en likartad fördelning mellan vårdgrenar. Av de klagomålsärenden som IVO under 2018 utrett och fattat beslut i har kritik framförts i 13 % av ärendena.

Under året inleddes 245 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud ska föranleda lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 112 utredningar lett till anmälan enligt lex Maria och i 67 ärenden pågår utredningen och beslut angående lex Maria anmälan har inte ännu fattats. Antalet lex Maria anmälningar inom SLSO minskade från 160 stycken 2017 till 112 stycken 2018. Minskning har främst skett inom psykiatrin och bedöms i första hand bero på att den tidigare obligatoriska lex Maria –anmälan vid självmord och självmordsförsök är borttagen. Detta innebär att enbart självmord och självmordsförsök som bedöms vara allvarlig vårdskada ska lex Maria anmälas. Psykiatrin har flest antal lex Maria anmälningar,

huvudsakligen avseende självmord och självmordsförsök. Inom psykiatrin har lex Maria anmälan av händelser som avser annat än självmord och självmordsförsök ökat, bland annat brister i samband med tvångsvård och läkemedelsbehandling. Inom primärvården dominerar lex Maria anmälningar avseende brister i utredning och diagnostik.

Under 2018 har sju medarbetare eller före detta medarbetare anmälts till IVO, enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §. Detta p.g.a. att de under sin tjänstgöring inom SLSO uppvisat sådana brister i yrkesutövningen att det bedömts finnas skälig anledning att befara att de kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2018

Förbättrad antibiotikaförskrivning

- Mål: Mindre än 158 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Resultat: 123 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Kommentar: Målet uppnåddes med bred marginal och bidrog därmed till en minskad antibiotikaförskrivning. Husläkarverksamhet bedrivs av samtliga vårdcentraler inom SLSO. För att SLL ska uppnå det nationella målet för antibiotikaförskrivning (250 recept per 1000 invånare) måste arbetet med förbättrad och minskad förskrivning av antibiotika inom SLSO fortsätta.

Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalens mätning 2018

- Mål: Andelen patienter med VRI ska vara lägre än 5,0 %.
- Resultat: 3,7 %.
- Kommentar: Målet uppnåddes och andelen patienter med VRI var jämförelsevis låg och andelen var också lägre än föregående år. Den låga andelen patienter med VRI beror till del på att VRI är mindre förekommande inom psykiatrisk verksamhet. Den tillämpade mätmetoden punktprevalensmätning (PPM) innebär att resultatet för en enhet, klinik, vårdgren och för hela SLSO slumpmässigt kan variera stort vid olika mättillfällen. Många registrerade VRI har uppkommit vid vård inom andra verksamheter.

Säker och effektiv läkemedelsförskrivning

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

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Förbättrat hälsopreventivt arbete

- Mål: Andel patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journalen ska vara minst 35 %
- Resultat 28 %
- Kommentar: Målet uppnåddes inte, resultatet har dock förbättrats jämfört med föregående år.

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 minskar antalet vårdskador och inte minst allvarliga vårdskador. Arbetet med att göra vården säkrare har sedan flera år bedrivits inom SLSO. SLSO använder Stockholms läns landstings risk- och avvikelsehanteringssystem HändelseVis. I detta rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse som bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten.

Sedan oktober 2017 bedöms och registreras i avvikelsehanteringssystemet om en rapporterad negativ händelse med konsekvens har medfört vårdskada. Syftet är att säkerställa att vårdskadebedömning görs samt förbättra uppföljningen av vårdskador och därmed patientsäkerheten. Under 2018 har 497 negativa händelser bedömts ha medfört vårdskada, vilket är 14,6 % av samtliga rapporterade negativa händelser. Denna funktion är relativt ny och inga jämförande siffror finns från tidigare år. Bedömning om en händelse har medfört vårdskada är ofta svår och utförda vårdskadebedömningar är inte validerade. Det innebär att det föreligger en relativt hög grad av osäkerhet hur väl dessa siffror speglar den verkliga förekomsten av vårdskador och att dessa siffror i nuläget inte kan ligga till grund för en väl grundad bedömning av patientsäkerheten eller utvecklingen av denna inom SLSO. Ett annat sätt att få en viss uppfattning av patientsäkerheten över tid och förekomst av vårdskador är att följa utvecklingen av rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i HändelseVis som betydande eller katastrofala. Den dominerande andelen av de allvarliga negativa händelserna har sannolikt medfört vårdskada eller allvarlig vårdskada. Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO bedöms vara så god att statistiken i HändelseVis är tillförlitlig och jämförbar mellan åren.

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

Statistiken i tabell 1 för åren 2014-2018 visar bland annat en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 39 % år 2014 till 46 % år 2018. Andelen negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser har 2018 minskat något jämfört med 2017, från 5,3 % till 4,9 %.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Tabell 1. Utvecklingen 2014-2018 av vårdavvikelserapporter och negativa händelser.

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2014	7570	39 %	345	4,6 %
2015	8098	45 %	379	4,7 %
2016	8642	44 %	452	5,2 %
2017	8095	46 %	430	5,3 %
2018	7219	46 %	355	4,9 %

1. Ansvarsfördelning och egenkontroll

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SLSO:s ledningsorganisation består av sjukvårdsområdes-, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledning. SLSO:s styrelse som ansvarar för verksamheten, inklusive patientsäkerhet, får sitt uppdrag av Regionstyrelsen. SLSO:s sjukvårdsdirektör får sitt uppdrag av SLSO:s styrelse. Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten har sjukvårdsdirektören som till stöd i uppdraget har biträdande sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdeschefer och administrativa chefer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören i övergripande medicinska- och patientsäkerhetsfrågor. Verksamhetsområdeschefen ansvarar för den samlade verksamheten och patientsäkerheten inom ett verksamhetsområde, (VO). SLSO var under året organiserad i fem verksamhetsområden, VO Primärvård, VO Psykiatri, VO Somatisk specialistvård, VO Habilitering och Hjälpmedel och VO FoUU. Inom respektive resultatenhet ansvarar verksamhetschefen för patientsäkerheten. Beroende på resultatenhetens inriktning och storlek bistås verksamhetschefen i patientsäkerhetsarbetet av patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsombud, medicinskt ansvarig läkare (MAL) och inom psykiatrin chefsöverläkare.

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

Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystem innebär att tillämpa ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i ledning och styrning av verksamheten. Detta för att leva upp till lagar, föreskrifter och andra regelverk, leverera utförande och resultat enligt avtalade vårduppdrag och ägardirektiv och uppnå Region Stockholms och SLSO:s mål. Det ska vara ett stöd för chefer och medarbetare, stimulera verksamhetsutveckling, förebygga risker och systematiskt säkra god kvalitet och hållbarhet. 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). Ledningssystemets styrande och stödjande dokument innehåller beskrivningar av verksamhetsprocesser samt riktlinjer/rutiner

för att säkra verksamhetens kvalitet, miljö- och arbetsmiljökrav. SLSO:s ledningssystem är sedan 2013 certifierat enligt standarden ISO 9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och OHSAS 18001 avseende arbetsmiljö.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. I SLSO:s egenkontroll ingår uppföljning av en fastställd årlig internkontrollplan som bygger på en övergripande riskanalys. Årligen genomförs också en systematisk intern revision inom ett antal risk-/strategiska områden i ett urval av resultatenheterna. Resultatenheterna 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 patientsäkerhetsberättelse.
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 och vid behov beslutas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras enligt avtal till uppdragsgivaren/beställaren, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inom Region Stockholm. SLSO:s samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet inom kvalitet och patientsäkerhet.
SLSO:s verksamheter deltar i för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister. Data från dessa analyseras lokalt i verksamheten och ligger till grund för kvalitetsarbetet med syfte att nå ökad patientsäkerhet och medicinska resultatförbättringar.

2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året

Under året har patientsäkerhets- och förbättringsarbetet fortsatt med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador. SLSO:s långsiktiga inriktning för patientsäkerhetsarbetet är utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete. De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring, behandling, omvårdnad och läkemedelshantering.

Sammanhållen journalföring bidrar till att ge goda förutsättningar för en patientsäker vård. Inom SLSO:s verksamhetsområden pågår sedan flera år ett utvecklings- och förbättringsarbete med att skapa standardiserade vårdprocesser och arbetssätt för olika behovs- och patientgrupper utifrån evidensbaserad kunskap. Syftet är att säkerställa att patienterna erbjuds en kunskaps- och behovsbaserad, likvärdig och säker vård. Utvecklings- och förbättringsarbete inom området strukturerade vårddata och informatik bedrivs som bland annat syftar till att förbättra tillgången till data för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt forskning. Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvarata klagomål och förbättringsförslag. På central nivå har SLSO regelbundna möten med pensionärs- och handikapporganisationer. SLSO har deltagit i arbetet i SLL:s gemensamma patientsäkerhetsarbete inom ramen för SLL:s patientsäkerhetskommitté.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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. VRI påverkar patientsäkerheten genom ökad sjuklighet och dödlighet, förlängd vårdtid, ökat lidande för patienter och anhöriga, långtidshandikapp, ökad risk för smittspridning och risk för arbetsskador hos personalen. De vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är lunginflammationer, urinvägsinfektioner samt hud- och sårinfektioner.
Mot denna bakgrund har arbetet med att motverka förekomst av VRI och använda antibiotika rationellt högsta prioritet. HSN har tagit fram ett handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården i SLL. För att minimera risken för smittspridning behövs en välfungerande vårdstruktur som inbegriper god vårdhygien inom all vård och omsorg.

Grunden för att förebygga VRI är:

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

SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bland annat informationskampanjer och återkommande mätningar.
Sedan 2008 deltar slutenvården i punktprevalensmätningar (PPM-VRI) varje vår (nationell mätning) och höst (regional mätning). Andel patienter med VRI vid vårens mätning 2018 var 8,4 % inom geriatriken (8,5 % våren 2017), 7,7 % inom ASIH (0 % våren 2017) och 1,5 % inom psykiatrin (0,4 % våren 2017). Dessa prevalenssiffror är i samklang med motsvarande siffror för hela SLL (SLL-somatik 7,2 %, SLL-psykiatri 1,5 %). Inom geriatrisk slutenvård och ASIH vårdas en stor andel patienter med multipla riskfaktorer (nedsatt immunförsvar, antibiotikabehandling, operativa ingrepp eller andra hud- /mjukdelsskador, förekomst av urinvägskatetrar eller centrala infarter) vilket delvis kan förklara den relativt högre förekomsten av VRI i dessa vårdgrenar. Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

Basala hygienrutiner

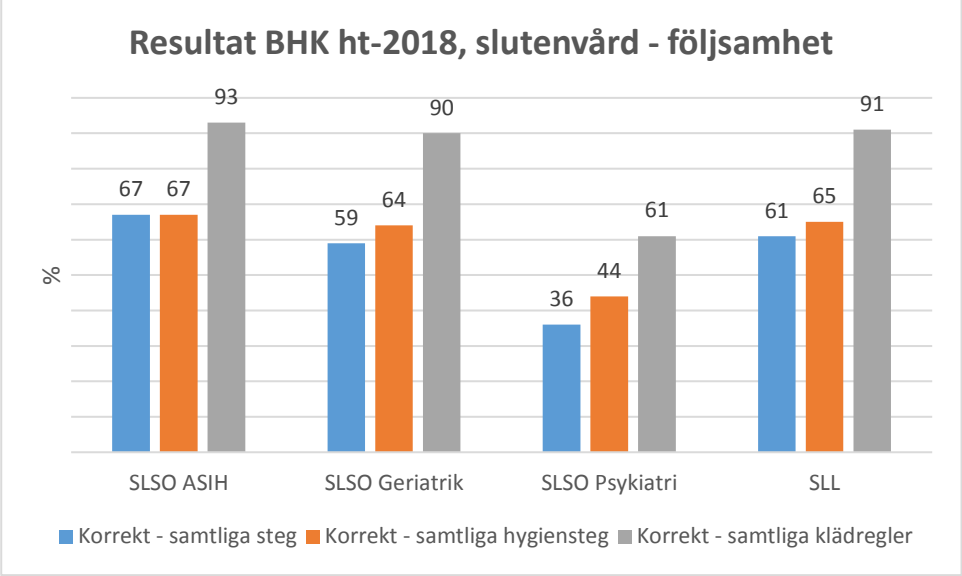
Tillämpning av basala hygienrutiner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att minska förekomsten av VRI och förhindra smittspridning inom vården. Basala hygienrutiner beskrivs i Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10 och ändringsförfattning HSLF-FS 2017:6). Dessa rutiner ska tillämpas av all hälso- och sjukvårdspersonal vid undersökning, vård och behandling eller vid annan direktkontakt med patienter, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen. Det rör sig om enkla och mycket effektiva rutiner som att inte bära klocka, ringar och andra smycken, ha korta naglar, ha uppsatt hår, använda handsprit före och efter patientmöte, använda handskar samt vara rätt klädd vid patientmötet. Om man följer dessa rutiner och regler minskar risken för smittspridning och vården blir säkrare för patienterna.

SLSO deltar i punktprevalensmätning avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) inom sluten- och öppenvård varje vår (nationell mätning) och höst (regional mätning). Resultatet av PPM-BHK för slutenvård hösten 2018 visas i figur 1, där jämförelse görs med samtliga slutenvårdsenheter inom SLL. Höstmätningen 2018 visar att

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

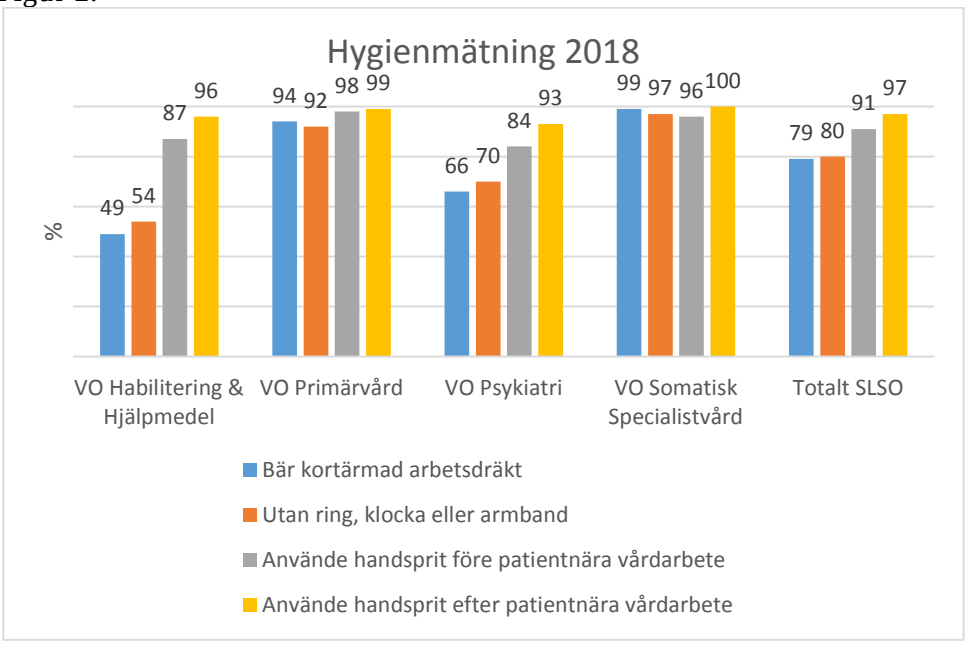
följsamheten till hygiensteg/ klädregler följs marginellt bättre inom geriatriken jämfört med 2017. För slutenvårdspsykiatrin har följsamheten stigit jämfört med 2017. ASIH deltog inte i PPM-BHK hösten 2017.

Figur 1.



SLSO genomför även en årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Enkäten besvaras av medarbetare i vårdnära arbete från samtliga verksamhetsområden. Följsamhet till basala hygienrutiner registreras av medarbetarna vid ett tillfälle, i samband med dagens första patientmöte. Hygienenkäten 2018 visar att de basala hygienrutinerna följs marginellt bättre inom VO primärvård och VO somatisk specialistvård jämfört med 2017. För VO Habilitering & Hjälpmedel och VO Psykiatri har följsamheten till hygienparametrar stigit. Även klädesregler följs nu bättre inom dessa verksamhetsområden. Se figur 2

Figur 2.



Städning av vårdlokaler är viktig för att skapa god hygien och bidrar till att förebygga uppkomsten av VRI. De flesta verksamheter anlitar företag upphandlade av Locum som ska

utföra städning enligt vårdhygienisk standard. En del verksamheter har egna anställda lokalvårdare som utför städning enligt samma standard. Kontroll av städningen av vårdlokalerna utförs regelbundet och systematiskt.

Samarbete med Vårdhygien Stockholm

SLSO har ett avtalsbaserat samarbete med Vårdhygien Stockholms, som under 2018 har innefattat rådgivning, utbildning och kvalitetssäkring.
Råd och rekommendationer har givits per e-post och telefon kring bl.a. rengöring, desinfektion, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB), calicivirusinfektion, infartsrelaterade infektioner samt handlingsprogrammen om influensa, calici och ARB. Råd och rekommendationer har även givits vid verksamhetsbesök och har då främst handlat om arbetsdräkt och rengöring/desinfektion av ytor.
Centrala utbildningar har genomförts i SLSO:s lokaler på Torsplan, till utbildningarna har samtliga verksamheter varit välkomna. Utbudet har bestått av grundutbildning i vårdhygien och seminarium i anmälningspliktiga resistenta bakterier för personal inom öppenvård respektive slutenvård.
Vårdhygienisk kvalitetssäkring av verksamheter har skett på verksamheternas begäran och har innefattat bl.a. en genomgång av förutsättningar och processer i verksamheten samt följsamhet till skapade rutiner. Under året har alla SLSO:S VO:n varit i kontakt med Vårdhygien Stockholm gällande rådgivning och varit representerade på utbildningar.

2.2 Läkemedel

Läkemedelsterapi är en av sjukvårdens vanligaste behandlingar. Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Läkemedelsterapi kan dock vara förenad med risker speciellt om användningen inte överensstämmer med den enskilda patientens förutsättningar och om hantering av läkemedel inte sker på ett korrekt sätt. Den medicinska utvecklingen har inneburit att allt fler sjukdomar är behandlingsbara och att nya potenta läkemedel tagits fram. Avvikelser inom läkemedelshanteringen är en av de vanligaste patientsäkerhetsriskerna. Verksamheterna har lokala rutiner för läkemedelshantering enligt gällande författningar och SLSO:s riktlinjer. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel samt kassation. En ny läkemedelsföreskrift har trätt i kraft 1 januari 2018 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården).

Dosdispenserade läkemedel

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

Öppenvårdsdos förskrivs i Pascal, ett nationellt webbaserat verktyg. Dosförpackade läkemedel används för patienter, i hemmet eller på boenden, med många läkemedel och som har svårigheter med hanteringen av läkemedel. En upphandling av dosdispenserade läkemedel inom öppenvården har genomförts i SLL.

Slutenvårdsdos är dosdispensering av läkemedel för slutenvård, t.ex. avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Beställning av slutenvårdsdos skickas från journalsystemet av läkare. Tabletter och kapslar förpackas för varje patient och doseringstillfälle i individuella dospåsar. Användning av slutenvårdsdos syftar till säkrare läkemedelshantering, frigör sjuksköterskетid för omvårdnadsarbete och förbättrar arbetsmiljön. Det leder även till optimerat läkemedelssortiment och därmed minskad kassation av läkemedel, miljöpåverkan och kostnad. Slutenvårdsdos används av samtliga avdelningar på de geriatriska klinikerna samt inom ASIH. Slutenvårdsdostjänsten är

åter upphandlad och SLL har tecknat nya avtal med ApoEx, SLLs upphandlade externa sjukhusapotek. Tjänsten har stabiliserats under året avseende leveranser och produktion. SLLs Läkemedelsförsörjning fortsätter med regelbundna uppföljningsmöten med dosenheten för att säkerställa kvaliteten av tjänsten och följsamhet till avtalet.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Tabell 2. Antal risker och avvikelser gällande kategorin läkemedel rapporterade i HändelseVis under 2018 jämfört med 2017.

Kategorier	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Administrering	123	126	272	277	259	221
Övrigt, läkemedel	160	128	158	185	107	104
Ordination	120	88	146	145	107	76
Läkemedelsförsörjning	78	63	29	63	14	11
Kontroll	22	25	21	11	3	3
Läkemedelsgenomgång	15	15	14	29	4	9
Produkt	7	4	9	5	3	4
Antal registrerade	525	449	649	715	497	417

Antalet rapporterade avvikelser ligger kvar på samma nivå som föregående år.

Rapporten från examensarbetet utfört av en apotekarstuderande hösten 2017 visar att en stor andel av de rapporterade avvikelserna inom läkemedelsområdet blir felkategoriserade. Ett arbete har påbörjats för att månadsvis genomlysa inkomna avvikelser och fånga upp vad som rapporteras samt vilka åtgärder som krävs för att stödja vården i förbättringsarbetet inom läkemedelsområdet.

Kloka Listan

All läkemedelsbehandling ska ha som mål att vara säker och effektiv för patient och personal samt ge så liten miljöpåverkan som möjligt.
Kloka listan rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar i primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Stockholms läns läkemedelskommitté beslutar, efter förslag från läkemedelskommitténs expertråd, vilka läkemedel som ska rekommenderas i Kloka listan.
Följsamheten till Kloka listan följs på substansnivå och mäts med DU90% som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). Följsamheten påverkas inte av vilket generiskt preparat som förskrivits eller expedierats. Följsamheten till Kloka Listan inom husläkarverksamheten ligger stadigt på en hög nivå, 91 % (91 % 2017). Geriatriken har ökat följsamheten till 90 % (87 % 2017). För psykiatrin mäts följsamheten till Kloka Listan med tillägg för specialiserad vård och resultatet har ökat till 81 % (80 % år 2017).

Antibiotikaförskrivning

Eftersom antibiotika har använts i stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot antibiotikan, s.k. resistens, vilken ökar i omfattning. Antibiotika ska

endast ges på korrekt indikation och med korrekt dosering för att undvika biverkningar och resistensutveckling. Samverkan mot antibiotikaresistens inom Landstinget (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska resistensutvecklingen. Dessa handlar i första hand om att avstå från behandling. Vid behandling ska även hänsyn tas till behandlingstid och miljö.
Under 2018 minskade uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare med hela 5,3 procent (4% 2017) i Stockholms län. Nivån är nu 313 (331 st 2017) uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år, vilket är den lägsta nivån på flera decennier. Minskning har skett för alla åldersgrupper utom för de allra äldsta. Framförallt är det luftvägsantibiotika som minskat. För att nå det nationella målet måste antibiotikaförskrivningen fortsätta minska i Stockholms län. På nationell nivå minskade andelen uthämtade antibiotikarecept med 4,2% (3 % 2017).

Under 2017 låg Stockholm, Gotland och Skåne i topp i uthämtade antibiotikarecept. Stockholms län ligger nu på tredje plats i landet (jämfört med Gotland 340 (353 2017) och Skåne 322 (337 2017)). Västerbotten och Jämtland har uppnått målet.

De allra äldsta patienterna hämtar ut flest antibiotikarecept per 1 000 invånare och där utgör nästan hälften av recepten urinvägsantibiotika. De äldsta får även mycket hud- och mjukdelsantibiotika. Luftvägsantibiotika dominerar bland små barn och sett till totala antalet antibiotikarecept får små barn ändå flest recept.
Förbrukningen av övriga antibiotikatyper har också minskat de senaste åren. Under 2018 minskade luftvägsantibiotika med 9,2 %, urinvägsantibiotika med 1,7 % och aknepreparat med 3,5 %. Hud- och mjukdelsantibiotika ökade med 0,2 %.
Husläkarverksamheterna i SLL står fortfarande för mindre än hälften (43 %) av förskrivna och uthämtade antibiotikarecept. Närakuter står för 12 % vilket är en ökning jämfört med 2017 (10%). Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet har minskat från 142 recept (2017) till 123 recept (2018) per 1 000 listade patienter.

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

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion
Urinvägsinfektion (UVI) är en vanlig infektion och cirka 10-15 % av antibiotikaförskrivningen inom husläkarverksamhet sker på den indikationen. Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är vanligaste diagnosen av alla urinvägsinfektioner i primärvården.
Antibiotikagruppen kinoloner har största risken för resistensutveckling, därför ska användning av dessa läkemedel begränsas. Enligt Stramas rekommendationer ska användningen av icke-kinolon antibiotika utgöra minst 90 % av behandlingen vid UVI, dvs. det nationella målvärdet är max 10% kinoloner. Andelen kinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor i länet låg på 11,4 % under 2018 (en minskning från 12,1% 2017). Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s husläkarverksamhet fortsätter på en hög nivå och uppnår STRAMA:s mål.
Förskrivningen av likvärdiga förstahandspreparat (pivmecillinam och nitrofurantoin), ligger ganska konstant sedan 2013, medan förskrivningen av övriga urinvägspreparat har minskat i enlighet med rekommendationerna. Urinvägsantibiotika[1]* till kvinnor har totalt minskat med 0,8 % senaste året.
[1]*Som urinvägsantibiotika räknas pivmecillinam, nitrofurantoin, trimetoprim samt kinolonerna ciprofloxacin och norfloxacin

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

	2017 (%)	2018 (%)
Riket	87	87
SLL vårdcentraler	93	93
SLSO vårdcentraler	93	93

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Antibiotikabehandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion

Vid övre luftvägsinfektioner är det av stor betydelse att fastställa om det är en bakteriell infektion, som kräver antibiotikabehandling, eller inte. Förstahandsval vid antibiotikabehandling är penicillin V (PcV). Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0-6 år är att andelen som behandlas med PcV bör vara större än 80 %.
Antalet antibiotikarecept till barn 0-6 år i Stockholms län minskade med 7,2 % 2018 jämfört med 2017. Sedan 2016 har minskningen i den här åldersgruppen varit nästan 18 %.
Den totala användningen av luftvägsantibiotika[2]* till barn 0-6 år minskade med hela 9 % under 2017 och då kan det vara rimligt att andelen PcV minskar.

[2]*Som luftvägsantibiotika räknas PcV, amoxicillin, amoxicillin med klavulansyra, cefalosporiner och erytromycin

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

	2017	2018
Riket	76 %	76 %
SLL vårdcentraler	81 %	80 %
SLSO vårdcentraler	82 %	80 %

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

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Metoden innebär också omprövning och uppföljning av en patients totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Målet för läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. En säker terapi innebär att patienten får en individuellt anpassad behandling utifrån diagnoser där hänsyn har tagits till bland annat patientens ålder, organfunktion, biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, och kan utgöras av antingen enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Läkemedelsförsörjning

Alla vårdenheter beställer rekvisitionsläkemedel via upphandlad leverantör ApoEx samt använder det upphandlade beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. Beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering).
Enligt Svensk författningssamling Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning är vårdgivaren skyldig att ha en sjukhusapoteksfunktion. Sjukvårdsdirektören har ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion. I funktionen ingår även chefläkare, överläkare, farmaceut, verksamhetschefer samt ansvariga för alla led av läkemedelstransporter. 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 bidrar med 20% av en heltid till SLLs regionala sjukhusapoteksfunktion.
Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i landsting och regioner.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Övrigt inom läkemedelsområdet

SLSO har två representanter i den centrala gaskommittén inom SLL och deltar i möten 4 gånger per år. Tid har ägnats åt ansvarsfrågan i byggnader med flera vårdgivare som använder samma centrala gasanläggning.

Ett pilotprojekt, Sortimentsoptimering av läkemedel och granskning av användningen av miljöbelastande läkemedel, fortlöper med deltagande enheter från geriatrik, ASIH och psykiatri där syftet är att öka kvaliteten, samt förbättra och säkerställa hela läkemedelshanteringsprocessen på enheterna. Detta påverkar även kassationen av läkemedel. Geriatrikkliniken har gått över till ATC-kods ordning i läkemedelsförrådet. Detta skapar förutsättningar för säkrare hantering av läkemedel, minskad risk för förväxling och minskat sortiment. Det ökar även kunskapsnivån för sjuksköterskor eftersom läkemedel indelas efter organ och verkningsmekanism istället för bokstavsordning. Utvärdering sker under 2019.

SLLs övergripande upphandling om läkemedelsförsörjningen har implementerats under året, med avtalsstarter under januari och september.
Tjänsten Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ingår i upphandlingen och har avropats från ApoEx. Kvalitetsgranskningen är obligatorisk för alla enheter som rekvirerar läkemedel och tjänsten har använts av 208 enheter inom SLSO under 2018 (64 enheter år 2017). En annan upphandlad tjänst från ApoEx, Läkemedelssupport, dvs. beställning av rekvisitionsläkemedel och skötsel av läkemedelsförrådet på enheten, har avropats av sex enheter.

SLL upphandlingen om läkemedelsautomater har efter överklagan nu kunnat avslutas under året. Beslut om införande saknas för närvarande inom SLSO.

Apotekarstudenten som utförde sitt examensarbete under hösten 2017 på verksamhetsstöd patientsäkerhet har redovisat sin rapport för avdelningen samt SLSO:s ledning. Resultatet visar på att det finns stor förbättringspotential inom läkemedelsområdet.

Genomförd kartläggning av säkerheten av läkemedelshantering och tillgång till läkemedelsförråd har avslutats och visar på kunskapsbrister. Förbättringar av säkerheten har påbörjats liksom planering av utbildningar för att öka kunskapen hos sjuksköterskor och verksamhetschefer.

Rapporterade avvikelser i HändelseVis gällande förskrivningsverktyget Pascal har visat att kunskapen om systemet måste höjas inom vården för att öka patientsäkerheten. Utbildning om förskrivning har genomförts för läkare och sjuksköterskor under tre tillfällen hösten 2018. Nya utbildningstillfällen är planerade under 2019.

Ett utökat samarbete mellan verksamhetsstöden e-Hälsa och Patientsäkerhet har lett till ökad kunskap och förbättrad förståelse för slutenvårdsdos, dess problematik och regelverk. Information till vården blir därmed tydligare. Behovet av utbildning eller lathund för medarbetare på enheter som använder tjänsten slutenvårdsdos har framkommit.

En SLL övergripande arbetsgrupp med deltagare från olika vårdgivare har skapats för att arbeta fram ett gemensamt delegeringsmaterial för läkemedelshantering, med föreskrifterna HSLF-FS 2017:37 och SOSFS 1997:14 som underlag. Två representanter från SLSO deltar i arbetsgruppen. Inom SLSO har en arbetsgrupp inom geriatriken arbetat med dessa frågor. Utbildningsmaterial har tagits fram och en delegeringsblankett med arbetsuppgifter som kan delegeras inom geriatrikklinikerna har fastställts.

Verksamheterna ska i den årliga verksamhetsberättelsen rapportera antalet läkemedelsbiverkningar som har skickats till Läkemedelsverket. Akademiskt specialistcentrum

står för flest biverkningsrapporter. Läkare och sjuksköterskor i verksamheterna ska även genomföra Läkemedelsverkets e-utbildning ”Biverkningsrapportering i praktiken” en gång per år. Antalet medarbetare som genomfört utbildningen ska rapporteras i verksamhetsberättelsen. Många enheter planerar att genomföra detta under 2019.

2.3 Risk- och avvikelsehantering

Risker, tillbud och negativa händelser ska rapporteras i HändelseVis. Systemet används inom samtliga förvaltningar och bolag inom SLL vilket möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar/bolag. De risker och avvikelser som rapporterats i systemet granskas och handläggs på enhetsnivå. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter görs en första analys av rapporten av närmaste chef som vidarebefordrar rapporten till en patientsäkerhetsgrupp som granskar, godkänner eller kompletterar de aktuella åtgärdsförslagen. Beslutade åtgärder ska följas upp. Det finns brister när det gäller uppföljning av åtgärder.

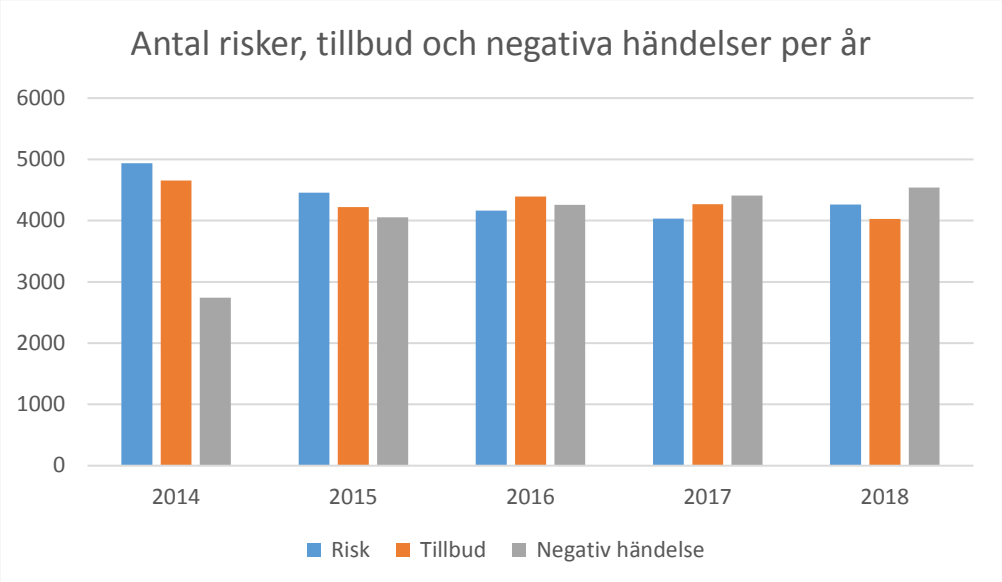
År 2018 rapporterades det 4263 risker, 4029 tillbud och 4542 negativa händelser. I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vårdavvikelser för sina enheter. På övergripande nivå sker en granskning som resulterar i en handlingsplan med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år.

2.3.1 Riskhantering

Inom SLSO:s verksamheter sker riskhantering på olika sätt. Risker identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som risker. Även under 2018 har kategorin dokumentation/informations-överföring dominerat, speciellt avseende information i vårdens övergångar. Risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också fortsatt stora. Medarbetarna engageras i arbetet med risker. Dessa diskuteras på APT, i ledningsgrupper, på planeringsdagar, på andra möten och det tas fram åtgärdsförslag i syfte att minimera alternativt eliminera risker.

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

Figur 3



2.3.2 Avvikelsehantering

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för risk- och avvikelsehantering. Rapporteringen av avvikelser, dvs tillbud och negativa händelser, varierar mellan vårdgrenarna. Det beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur. Inom geriatrik är patientolycksfall vanligast, däremot är dokumentation/informationsöverföring vanligast inom primärvård, psykiatri och habilitering och hjälpmedel. Vid rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten görs numera också en vårdskadebedömning. Under 2018 utfördes 2371 vårdskadebedömningar. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker på APT, i ledningsgrupper och samverkansgrupper.

Sedan 2014 har andelen rapporterade risker minskat. Antalet negativa händelser är väsentligen oförändrat sedan 2015, se figur 3.

2.4 Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter till Patientnämnden

Patientnämnden (PaN) är en fristående och opartisk instans med en egen förvaltning. Personalen har kompetens och erfarenhet att hantera klagomål och synpunkter från olika delar av vården. Förvaltningen klassificerar ärendena inom kategorierna behandling, kommunikation, tillgänglighet, ekonomi, administration, juridik och omvårdnad m.m. Patientnämndens förvaltning förordnar även stödpersoner åt patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård, Lagen om rättspsykiatrisk vård eller enligt Smittskyddslagen.

Patientnämnden ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. PaN-ärenden innehåller viktig information som utgör underlag för vårdens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Samtliga klagomål och synpunkter delges verksamhetschef eller motsvarande. PaN handlägger en del av klagomålen själva och övriga skickas till SLSO för handläggning. Tabellen nedan visar antalet ärenden per vårdgren som inkommit till SLSO från PaN.

Tabell 5 Antal ärenden från PaN.

	2014	2015	2016	2017	2018
Primärvård	206	211	247	251	277
Psykiatri	172	244	234	214	214
Närakuter					78
Habilitering och hjälpmedel	9	7	19	14	30
Geriatrik/ASIH	15	14	11	7	10
CAMM[1]					1
ASC[2]					0
Totalt	402	476	511	486	610

1. Centrum för arbets- och miljömedicin
2. Akademiskt Specialistcentrum

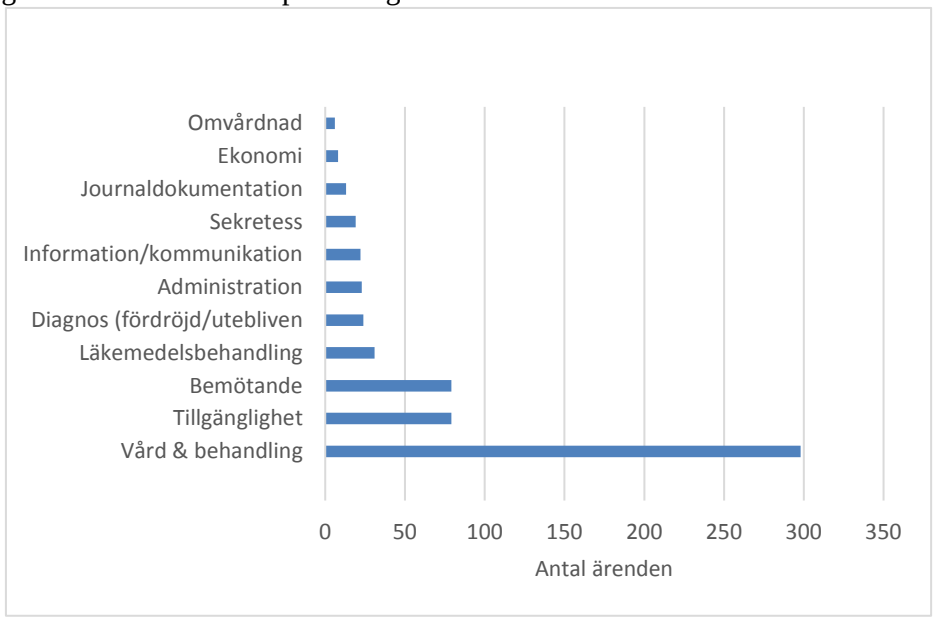
Antal ärenden inkomna från patientnämndens förvaltning har ökat med över 100 ärenden 2018, större delen av ökningen står närakutverksamheterna för, som är en ny verksamhet inom SLSO. Av ärenden gällande Habilitering och hjälpmedel handlar 19 stycken om händelser som rör Tolkcentralen.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Cirka hälften av klagomålen kategoriseras under vård och behandling. Det handlar oftast om att man är missnöjd med den behandling som man fått eller att man blivit nekad behandling exempelvis nekad röntgenundersökning. En del klagomål gäller fördröjd diagnos vilket ibland har orsakat utökat vårdbehov.

Näst efter vård och behandling handlar ärendena om tillgänglighet och bemötande. Klagomålen handlar oftast om att det är svårt att komma fram på telefon eller att det tar lång tid att få ett besök. Under 2018 har 24 ärenden inkommit direkt till patientvägledare som handlagt ärendena.

Figur 4. Andel ärenden per kategori



Lärande exempel

Nedan beskrivs tre ärenden som klassificerats under vård och behandling och tillgänglighet.

Synpunkter på bristfällig undersökning

En kvinna beskriver i anmälan att hon sökte vård på vårdcentral för sin 1-åriga dotter som hade haft feber och gråtit en hel natt. Kvinnan misstänkte att det inte bara var en förkylning utan även något annat vilket hon framförde till läkaren som hon träffade. Läkaren avfärdade hennes farhågor och informerade om att dottern inte varit sjuk tillräckligt länge för att ha fått en öroninfektion. Läkaren undersökte inte dottern utan bad kvinnan återkomma om dottern fortfarande hade feber efter en vecka. Två dagar senare såg kvinnan att det runnit ut vätska ur dotterns båda öron och åkte denna gång till en närakut. Där konstaterades att dottern hade 40 graders feber, dubbelsidig öroninflammation och virusblåsor i munnen. Läkaren som tittade i journalen och informerade att det inte fanns några uppgifter i journalen om att de hade besökt vårdcentralen två dagar tidigare. Kvinnan är mycket missnöjd med att undersökning uteblev på vårdcentralen och att läkaren inte heller hade skrivit i journalen att de sökt vård där.

Verksamhetschefen beklagar det inträffade och beskriver i sin analys att läkaren bedömde att det var en virusinfektion beroende på den sammantagna bilden. Dock ska det ingå undersökning av öron när ett barn har besvär från övre luftvägar. Det är dock osäkert om det hade synts tecken på öroninflammation i ett sådant tidigt skede. Journalanteckning gjordes dagen efter besöket.

Det inträffade har tagits upp med berörd läkare samt på ett läkarmöte för att betona hur viktigt det är med ett gott bemötande och optimalt omhändertagande för att undvika att liknande ska ske igen.

Synpunkter på fördröjd diagnos
En man beskriver i sin anmälan att han ramlade i en trappa och skadade vänster arm och höger ben. Han åkte till sin vårdcentral med önskan om att få en remiss till röntgenundersökning men blev nekad detta på grund av tidsbrist och blev istället hänvisad till en akutmottagning. Han sökte istället vård vid en närakut. Där träffade han en läkare som inte ansåg att han behövde någon röntgenundersökning eftersom han förmodligen skulle vara bra redan till helgen. Han fick smärtstillande och lämnade därefter närakuten.

Efter en vecka blev han sämre och sökte då närakuten igen och fick denna gång träffa en annan läkare som inte heller ansåg att det behövdes någon röntgenundersökning. Läkaren föreslog istället att han kan vända sig till sin vårdcentral för att få en remiss. Mannen övertalade då läkaren att han måste få en röntgenundersökning. Röntgenundersökningen visade att mannen hade drabbats av en fraktur i mellersta delen av höger underben. Mannen fick även information om att det var för sent att gipsa benet och uppmanades besöka en ortoped. Hos ortopeden blev han röntgad ännu en gång och det bekräftades att det var för sent att operera och gipsa. Mannen blev sjukskriven i en månad med en trolig konvalescens på flera månader. Han är besviken över att han blivit bollad fram och tillbaka mellan vårdcentral och akutmottagning.

Verksamhetschefen svarar att journalanteckningarna överensstämmer med mannens beskrivning. Klinisk undersökning genomfördes men röntgenundersökning bedömdes inte behövas. Röntgenundersökning borde ha genomförts vid första besöket på närakuten.

Synpunkter på tillgänglighet
En kvinna beskriver i sin anmälan om svårigheter att boka tid på hennes vårdcentral. Kvinnan ringde när telefontiden startade klockan 08.00 och blev uppringd av en sköterska klockan 11.28. Kvinnan som önskade en akuttid fick beskedet att dessa tider var slut för dagen. Någon tid senare samma vecka var inte möjlig att få och hon hänvisades istället till en närakut. Kvinnan framför att det blir så här varje gång hon försöker boka en tid på vårdcentralen.

I svar från verksamhetschefen beklagade hon det inträffade och framförde att man har anställt fler sjuksköterskor så att man lättare ska komma fram på telefon och även få en tid till en sköterska. Man har även anställt fler läkare och på så sätt kunna utöka bokningsbara akuttider och uppgav även att det ibland är hög belastning. Hon framförde även att man på vårdcentralen alltid arbetar aktivt med att förbättra tillgänglighet utifrån de förutsättningar som de har.

Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg
Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) hanterar inkomna klagomål från patienter som handlar om informations- och kommunikationsbrister, diagnostik, vård och behandling, läkemedelsbehandling, m.m. Sedan 1 januari 2018 gäller nya regler för hur patienter och närstående kan framföra klagomål på vård och omsorg till IVO. Anmälaren ska i första hand framföra klagomål direkt till vårdverksamheten eller patientnämnden. Många klagomål som inkommer till IVO skickas därför numer vidare till vårdgivaren för hantering utan utredning av IVO. I vissa fall kan IVO sedan utreda klagomålet. Berörd verksamhetschef får klagomålet för handläggning. Chefläkaren granskar alla från verksamhetschefen inskickade handlingar innan svar skickas till patienten eller närstående samt i förekommande fall till IVO. Totalt inkom via IVO 288 patientklagomål till SLSO under 2018 vilket är i nivå med 2017. Av dessa är 153 ärende överlämnade av IVO till SLSO för utredning och 135 är ärende där IVO har beslutat att

utreda händelsen. Under 2018 har IVO utrett och fattat beslut 62 av dessa ärenden. Kritik har framförts i åtta av dessa ärenden dvs. 13 %.

Tabell 6. Antal klagomål från IVO till SLSO per vårdgren.

Vårdgren	2015	2016	2017	2018
Geriatrik/ASIH	14	25	18	11
Primärvård	126	108	94	96
Psykiatri	156	98	177	157
Närakut	-	-	-	22
Övriga	0	3	1	2
SLSO totalt	296	234	290	288

Patientvägledare

SLSO har en patientvägledare som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående. De flesta synpunkter och klagomål framförs via telefon och har oftast handlat om primärvårdens telefontillgänglighet. Synpunkterna och klagomålen återförs av patientvägledaren till verksamhetschef på berörd verksamhet. Patientvägledaren ger stöd till verksamheterna i handläggning av klagomål.

2.5 Utredning av vårdskador

SLSO har under 2018 registrerat 4 542 negativa händelser i HändelseVis, antalet har ökat något jämfört med 2017. Över tid tenderar de negativa händelserna att öka, vilket framgår i tabell 6.

Från och med 1 oktober 2017 har bedömning om den negativa händelsen är en vårdskada registrerats i HändelseVis. Det föreligger en relativt hög grad av osäkerhet om hur dessa siffror speglar den verkliga förekomsten av vårdskador. Funktionen är ny i systemet och det finns inga tidigare siffror att jämföra med. Bedömningen om en händelse medfört vårdskada är ofta svår. Ett annat möjligt sätt att följa utvecklingen är att följa negativa händelser och konsekvens för patienten.

Av de negativa händelserna under 2018 bedömdes 14,6 %, totalt 497 stycken, som vårdskada dvs. händelsen hade kunnat undvikas om den handlagts adekvat. Om vårdskadan bedöms som allvarlig kontaktas chefläkare. Chefläkare beslutar om lex Maria anmälan ska göras till IVO. Tillbud som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada rapporteras och granskas på samma sätt, men bedömning om vårdskada registreras ännu inte i HändelseVis för dessa.

Tabell 7. Andel handlagda risk, tillbud och negativ händelse.

År	Risk	Tillbud	Negativ händelse
2014	38%	38%	24%
2015	36%	35%	29%
2016	32%	38%	30%
2017	33%	36%	31%
2018	35%	35%	30%

Av tabell 8 framgår att majoriteten av negativa händelser har ingen, mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för patienten, gäller huvudsakligen psykiatri och beroendevård. I de flesta fall handlar det om självmord och dödsfall under oklara omständigheter. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om behandling och omvårdnad, patientolycksfall, dokumentation och informationsöverföring.

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

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma	Antal reg
2014	6%	6%	22%	42%	5%	19%	2 903
2015	5%	5%	22%	42%	6%	20%	3 627
2016	5%	7%	21%	40%	4%	23%	3 773
2017	5%	7%	21%	39%	5%	23%	3 789
2018	6%	6%	21%	37%	8%	22%	3 421

Under 2018 inleddes 245 vårdskadeutredningar angående om en händelse eller tillbud skulle föranleda en lex Maria anmälan till IVO. Av dessa har 112 utredningar lett till anmälan enligt lex Maria och i 67 ärenden pågår utredningen och beslut angående lex Maria anmälan har ännu inte fattats. Antalet lex Maria anmälningar inom SLSO minskade från 160 stycken 2017 till 112 stycken 2018. Minskning har främst skett inom psykiatrin och bedöms i första hand bero på att den tidigare obligatoriska lex Maria anmälan vid självmord och självmordsförsök är borttagen. Detta innebär att enbart självmord och självmordsförsök som bedöms vara allvarlig vårdskada ska lex Maria anmälas. Psykiatrin har flest antal lex Maria anmälningar, huvudsakligen avseende självmord eller självmordsförsök. Inom psykiatrin har lex Maria anmälan av händelser som avser annat än självmord och självmordsförsök ökat, bland annat brister i samband med tvångsvård. Inom primärvården dominerar lex Maria anmälningar avseende brister i utredning och diagnos.

Tabell 9. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren.

	2014	2015	2016	2017	2018
Psykiatri	111	112	134	126	84
Primärvård	34	36	27	29	24
Närakuter	*	*	*	*	2
Geriatrik/ASIH	5	2	3	3	2
Övrigt	0	1	2	2	0
SLSO totalt	150	151	166	160	112

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

Ett lärande exempel av en lex Maria anmälan

Händelse

En patient sökte vårdcentralen på grund av två relativt små nyupptäckta knölar på halsen. Läkaren undersökte patienten och efterfrågade symtom som trötthet, nattsvettningar, feber och viktnedgång. Dessa förnekades av patienten. Provtagning för blodstatus med differentialräkning var utan anmärkning. Knölarna bedömdes som "muskelknutor",

utredningen lades då ned och patienten informerades per brev om de normala provsvaren, men fick ingen information om vikten av att återkomma om knölarna skulle kvarstå och/eller förändras.

Det fanns i journalen ingen planerad dokumenterad uppföljning på vårdcentralen och inte heller några dokumenterade anvisningar till patienten för uppföljning av knölarna under egenvård. Vid planerat läkarbesök för kontroll av patientens kroniska sjukdomar 10 månader senare palperades ett flertal knölar på halsen och en remiss skickades för punktionscytologi. Utredningen visade B-cells lymfom.

Bedömning vid intern utredning
Den kliniska handläggningen vid första läkarbesöket var inte bristfällig. I fall som dessa kan man avvakta med vidare utredning av nytillkomna och oklara knölar. Detta ställningstagande ska i sådana fall vara planerat och dokumenterat i journalen.

Miniminivå är att överlåta till patienten (egenvård) att följa knölarnas utveckling med tydlig anvisning om att återkomma inom en viss tid om knölarna inte har försvunnit eller avsevärt minskat, samt betydelsen att detta följs. Anvisningarna ska dokumenteras i journalen.
Det bästa och rekommenderade är att sätta upp patienten på ett återbesök för klinisk kontroll efter några veckor.

Bedömning av vårdskada
Diagnos av patientens maligna sjukdom har avsevärt fördröjts (10 månader) och det är inte osannolikt att detta kan få påverkan på sjukdomens prognos. Adekvata åtgärder har således inte vidtagits vilket har medfört att patienten har drabbats av allvarlig vårdskada.

Verksamhetens identifierade bakomliggande orsaker
Läkaren som vid tidpunkten var vikarierande underläkare innan AT har enligt rutin haft tillgång till regelbunden handledning av specialist i allmänmedicin och tillgång till handledning vid det aktuella mottagningstillfället samt regelbunden veckovis handledning av specialist i allmänmedicin utöver detta. Vid det aktuella tillfället nyttjades inte handledningsresursen.
Bristande kunskap om rutiner för uppföljning på vårdcentral kan vara en bidragande orsak till att frågan om vidare uppföljning av knölarna inte diskuterades. Undersökning, anamnesupptagning och utredande provtagning bedöms dock som helt adekvat. Att patienten inte hade symptom eller avvikande blodbild samt att knölarna uppkommit mycket snabbt är även något försvårande att hitta rätt diagnos initialt.

Verksamhetens vidtagna åtgärder
”Fallet har diskuterats på APT och fördjupad diskussion i läkargruppen med syfte att lyfta vikten av att med patienten diskutera förväntat förlopp och uppföljning samt dokumentation av given information.
Vidare har enskilda samtal och i läkargruppen belyst frågan om huruvida våra utbildningsläkare upplever att de har tillgång till adekvat och lättillgänglig handledning i akutsituationen. Sammantaget är bilden att det fungerar bra men att det hos vissa ibland kan infinna sig en känsla av att "inte vilja störa". Jag bedömer att den känslan i sig kan utgöra en patientsäkerhetsrisk (även om jag inte fått bilden av att det var så i det aktuella fallet).
Vi har till följd av detta nu initialt fört ett öppet samtal kring detta i läkargruppen för att motverka att denna typ av känsla infinner sig.
Det har även kommit upp ett förslag från utbildningsläkarna att en av specialisterna är huvudansvarig för akuta frågor vid varje arbetspass. Vi kommer att under våren 2019 vid schemaöversyn titta på den möjligheten.
Ansvaret för ovanstående åtgärder ligger hos verksamhetschefen.

Uppföljning sker dels på läkarmöte och dels på enskilda medarbetarsamtal planerade till februari."

IVO:s beslut
Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder.

Skälen för beslutet
IVO bedömer att vårdgivaren har fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen. Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2-5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL och de föreskrifter som beskriver vårdgivares ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete, HSLF-FS 2017:40 och anmälan till IVO av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada, HSLF-FS 2017:41.

Lärande och öppenhet
Vårdgivaren har en skyldighet att informera både inblandad personal och drabbad patient om beslutet från IVO. Det är också viktigt att dra lärdom av gjorda misstag. I lärande syfte finns nu på intranätet avidentifierade handlingar rörande färdigutredda lex Maria anmälningar om händelser inom VO Primärvård, beslutade av IVO fr.o.m. 1 januari 2018.

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 2018 har sju medarbetare eller före detta medarbetare inom SLSO anmälts till IVO och ytterligare tre medarbetare utreds. Fördelningen mellan vårdgrenarna var fyra inom psykiatrin, och tre inom primärvården.

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

2.6 Informationssäkerhet

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

Den systematiska uppföljningen av informationssäkerheten ska ske med hjälp av Compliance-portalen, ett SLL-gemensamt verktyg för självskattning.
Självskattning på förvaltningsnivå har lämnats under flera år. Under 2017 har implementering påbörjats på verksamhetsnivå, genom att självskattning genomförts av samtliga resultatenheter inom verksamhetsområde psykiatri, geriatrik och habilitering. Därtill har en självskattning lämnats avseende SLSO:s dokumenthanteringssystem och ett flertal andra SLSO-applikationer.

Under 2018 har ett genomgripande arbete i projektform utförts avseende anpassning till Dataskyddsförordningen, GDPR. Planering och koordinering av anpassningsarbetet till GDPR har utförts. Även identifiering och åtgärder av områden som inte följer dataskyddsförordningen har genomförts.

Under 2018 har också beslut fattats om att stärka kompetensen avseende informationssäkerhet, genom anställning av ytterligare en informations-säkerhetssamordnare.

2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året

Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att stärkas, bland annat genom att resultatenheterna upprättar en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och att de skriver en egen patientsäkerhetsberättelse. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har också stärkts genom framtagande av en SLSO riktlinje.

Förbättrad antibiotikaförskrivning är ett mål som SLSO haft i flera år och resultatet blir bättre för varje år. Under år 2017 blev 142 antibiotikarecept uttagna per 1 000 listade patienter och år 2018 blev resultatet 123 per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamhet. Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner är ett annat viktigt mål för patientsäkerheten och följs sedan flera år med punktprevalensmätningar inom slutenvården. SLSO:s mål uppnåddes och den sammantagna andelen patienter med VRI var låg.

Tabell 10. SLSO:s övergripande indikatorer, mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2018.

	Säker och effektiv läkemedels-förskrivning	**Förbättrat hälsopreventivt arbete**	**Förbättrad antibiotika-förskrivning**	**Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalens mätning**
Mål	Följsamheten till ”Kloka Listan” ska vara högre eller lika med 86 %.	Andel patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journalen ska vara minst 35 %.	< 158 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamhet	< 5,0 % andel patienter med VRI vid PPM 2018
Resultat	85 %	28 %	123 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamhet	3,7 %

Syftet med patientsäkerhetsarbete är att skydda patienter mot att drabbas av vårdskada. För att rapportera risker och vårdavvikelser använder alla medarbetare inom SLSO HändelseVis. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse som bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten.

Tabell 11 för åren 2014-2018 visar bl.a. en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 39 % år 2014 till 46 % år 2018. Andelen negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser har 2018 minskat något jämfört med 2017, från 5,3 % till 4,9 %.

Tabell 11. Utvecklingen 2014-2018 av vårdavvikelserapporter och negativa händelser

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2014	7570	39 %	345	4,6 %
2015	8098	45 %	379	4,7 %
2016	8642	44 %	452	5,2 %
2017	8095	46 %	430	5,3 %
2018	7219	46 %	355	4,9 %

Ett sätt att få en viss uppfattning av patientsäkerheten över tid och förekomst av vårdskador är att följa utvecklingen av rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i HändelseVis som betydande eller katastrofala. Den dominerande andelen av de allvarliga negativa händelserna har sannolikt medfört vårdskada eller allvarlig vårdskada. Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO bedöms vara så god att statistiken i HändelseVis är tillförlitlig och jämförbar mellan åren.

Sedan oktober 2017 bedöms och registreras i avvikelsehanteringssystemet om en rapporterad negativ händelse med konsekvens har medfört vårdskada. Syftet är att säkerställa att vårdskadebedömning görs samt förbättra uppföljningen av vårdskador och därmed patientsäkerheten. Under 2018 har 497 negativa händelser bedömts ha medfört vårdskada, vilket är 14,6 % av samtliga rapporterade negativa händelser. Denna funktion är relativt ny och inga jämförande siffror finns från tidigare år. Bedömning om en händelse har medfört vårdskada är ofta svår och utförda vårdskadebedömningar är inte validerade. Det innebär att det föreligger en relativt hög grad av osäkerhet hur väl dessa siffror speglar den verkliga förekomsten av vårdskador och att dessa siffror i nuläget inte kan ligga till grund för en väl grundad bedömning av patientsäkerheten eller utvecklingen av denna inom SLSO.

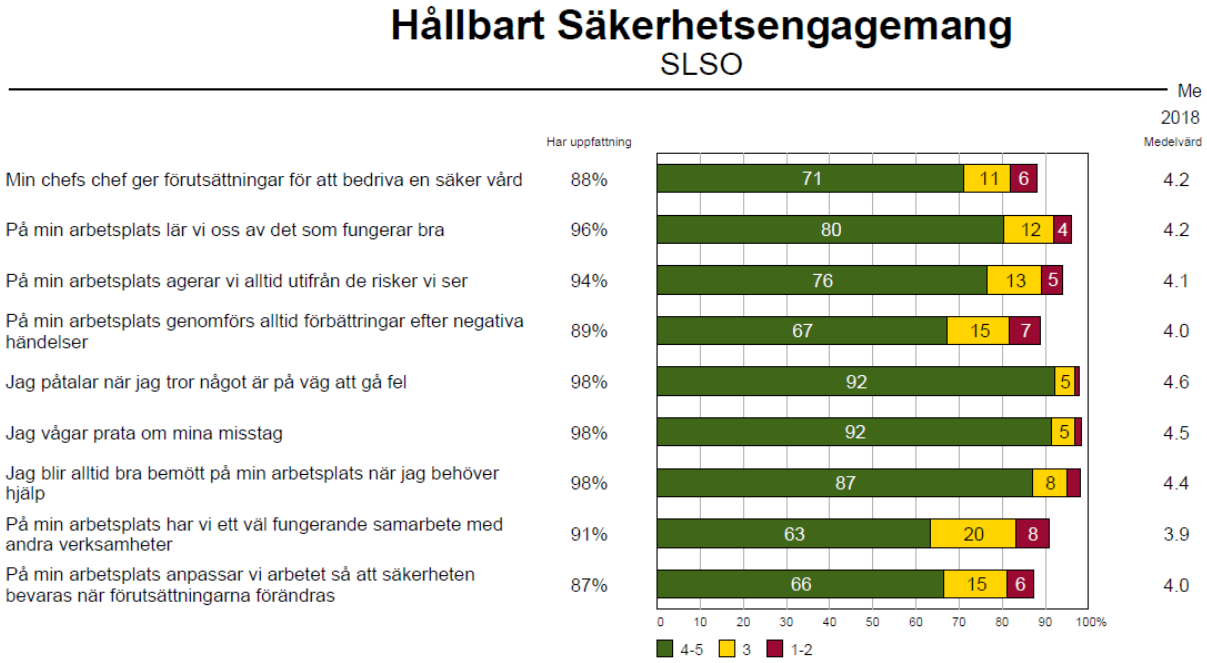
Patientsäkerhetskultur

Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla, från högsta ledning till vårdteamets och medarbetarens dagliga arbete. Hur alla beter sig mot varandra och samarbetar, påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa händelser. Chefer och ledare i vården har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Patientsäkerhetskulturen skapas av alla i verksamheten och är en förutsättning för förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering.

I samband med den årliga medarbetarenkäten 2018 har SLSO mätt patientsäkerhetskulturen med de nya nationella frågorna Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE). Mätningen ger en bild av förhållningsätt och attityder hos medarbetarna när det gäller patientsäkerhetsarbetet.

Analysen visar på ett gott resultat på de frågor som specifikt gäller patientsäkerhetskulturen, de frågorna har också högst antal svaranden, se figur Hållbart Säkerhetsengagemang nedan.

SLSO:s HSE-index är 81 (SLL 79). En fråga som inte ingår i index (På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete) har relativt få svarande och det lägsta resultatet (3,7) vilket ger stort utrymme till förbättringar för kommande år.



3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter

3.1 Primärvård

SLSO:s primärvårdsenheter/resultatenheter har ett eller flera av följande uppdrag: husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, barnhälsovård (BHV), vård vid barnmorskemottagning (BMM)/mödravårdscentral (MVC), barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM), ungdomsmottagning (UM), husläkarjour, logopedverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, primärvårdsrehabilitering inklusive specialiserad rehabilitering, psykosociala insatser i primärvård (inklusive tilläggsuppdraget Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar), medicinsk fotvård, akademiska vårdcentraler (AVC). Valsta vårdcentral har ett särskilt uppdrag med hälso- och sjukvård på Migrationsverkets förvarsenhet i Märsta. Ett antal resultatenheter har särskilt uppdrag för asylmottagning, med hälsoundersökning av asylsökande men även av kvotflyktingar (de sistnämnda remitterade från Arbetsförmedlingen).

Det nuvarande ersättningssystemet har möjliggjort nya arbetssätt på vårdcentraler/husläkarmottagningar (HLM) med ökad inriktning på sköterskebesök och sköterskeledda mottagningar, t.ex. Äldre-, Astma/KOL-, Diabetes-, Hjärtsvikt- , Hypertoni- NOAK- (nya orala antikoagulantia) och Osteoporosmottagningar. Andra nya arbetssätt omfattar hälsofrämjande och förebyggande insatser, med satsning på livsstilsförändringar. SLSO:s primärvårdsverksamheter har stor geografisk spridning över länet, de är olika stora och antalet listade patienter på vårdcentralerna varierar mellan 4 142 och 31 590. Antalet

listade patienter per den 31 december 2018 var 796 541. Totalt under 2018 var 9 213 patienter inskrivna i hemsjukvården, i genomsnitt 6 176 per månad.

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, som t.ex. MRSA-incidens, förekomst av VRI och trycksår, fallskador hos hemsjukvårdspatienter, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler m.m.

Webb-tidsbokning är införd på de flesta enheterna, antalet tillgängliga bokningsbara tider varierar. Vårdcentraler/HLM och husläkarjourer använder RGS Webb, ett evidensbaserat standardiserat rådgivningsstöd för sjuksköterskor som ger telefonrådgivning. I november tillhandahöll SLL ett nytt hänvisningsstöd, vars införande fortsätter under 2019. Återkoppling till sjuksköterskor angående bokningar och andra patientärenden görs genom läkarledda handledningsmöten.

Samtliga primärvårdsenheter har under året fortsatt med implementering av journal via nätet med gott resultat. Ett antal vårdcentraler, BMM och UM har under 2018 deltagit i piloten med appen ”Alltid öppet” och det nya arbetssättet med videomöten. Patienter har genom appen ”Alltid öppet” haft åtkomst till webb-tidsbokning och även kunnat boka videomöten med läkare/sjuksköterska/barnmorska. Piloten är nu avslutad och Karolinska Institutet genomför en oberoende utvärdering. De enheter som var piloter fortsätter att erbjuda tjänsten som en del av sitt ordinarie utbud.

Samarbetet mellan de olika barnhälsovårdsenheterna har stärkts. Beslut fattades om skapande av en gemensam patientsäkerhetsgrupp och en gemensam handlingsplan 2019 för patientsäkerhet. Arbete fortskrider med den gemensamt framtagna mallen för en Barnriskrond till alla mottagningar. Ett annat exempel på samarbete är att BUMM i SLSO haft gemensamma utbildningsdagar och dialogseminarier.

Primärvårdsenheterna har under året arbetat vidare med vårdprocesser för multisjuka äldre genom att stärka vårdsamband med geriatrik/ASIH och införa nya arbetssätt som Äldremottagningar och direktinläggning till geriatrik. En ökad belastning på hemsjukvården har tillkommit på de platser där möjlighet för delegering av medicindelning för personal i den kommunala hemtjänsten tagits bort.
Arbete har även bedrivits med riskanalys samt anpassning och utveckling av nya arbetssätt inom framför allt hemsjukvården för att kunna möta upp det ökade behovet av vårdplaneringar och ”Samordnad Individuell Plan” (SIP) i samband med införande av den nya Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS).

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen har övergripande ansvar för patientsäkerheten och bistås ofta av MAL och medarbetare med särskilt uppdrag i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelser har upprättats av 96 % av resultatenheterna i primärvården. Beroende på verksamheternas storlek organiseras patientsäkerhetsarbetet olika. I större verksamheter finns patientsäkerhetsgrupper bestående av representanter från olika yrkeskategorier som handlägger och analyserar rapporterade risker och avvikelser samt ger förslag till förbättringsåtgärder. Inom mindre verksamheter finns patientsäkerhetsombud och patientsäkerhetssamordnare som handlägger avvikelser. Rapporterade risker och avvikelser följs upp på arbetsplatsträffar, i

samverkansgrupp och ledningsgrupp. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

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. Under hösten har gemensamma lokala rutiner tagits fram för förstärkt mottagande vid utskrivning från sjukhus. Stor vikt har lagts på arbete med den interna kommunikationen inom respektive enhet och fortsatt revidering av lokala rutiner. Verksamheterna samverkar och har dokumenterade samverkansöverenskommelser med olika samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, ASIH, somatisk sluten- och öppenvård, primärvårdsrehabilitering, BVC, barnmorskemottagningar, barnläkarmottagningar, kommuner och stadsdelar, skolhälsovård, arbetsförmedling och försäkringskassan. Vårdcentraler/HLM och husläkarjourer har fungerande samarbete med akutsjukhus och ambulanssjukvården. Flera vårdcentraler/HLM har i samarbete med primärvårdsrehabilitering tillgång till rehabiliteringskoordinator med mål att underlätta och stimulera sjukskrivna patienters återgång i arbete. Det finns även ett etablerat samarbete, ibland i form av teambesök, för patienter med diabetes/KOL/smärtproblematik. Primärvårdsrehabiliteringen har vidare nära samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i sluten- och öppenvård, Stockholms syncentral m.m.

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. De vanligaste riskerna som identifierats vid riskronder är: läkemedelshantering inklusive hantering av läkemedel i hemsjukvården, remisshantering och informationsöverföring mellan olika vårdenheter. Inom husläkarverksamheten görs en riskbedömning vid inskrivningen av patienten i hemsjukvården som omfattar bedömning av risken för undernäring, trycksår och fall. Samtliga primärvårdsenheter använder HändelseVis för rapportering av risker och avvikelser inom vården. Antal registrerade rapporter i HändelseVis har minskat från 3 606 år 2017 till 3 340 år 2018. Verksamheterna arbetar aktivt och metodiskt med avvikelsehantering och regelbundna risk- och konsekvensanalyser. Vid behov görs riskanalys. Verksamheterna hanterar klagomål enligt lokala rutiner. Avvikelser, risker och klagomål tas regelbundet upp på APT, lokala ledningsmöten, samverkansmöten och ligger till grund för utvecklingsarbetet.

Inom primärvården används gemensamma mallar i journalsystemet TakeCare i syfte att få en enhetlig strukturerad dokumentation vilket ger goda förutsättningar för systematisk kvalitetsuppföljning, benchmarking och direktöverföring av data till olika kvalitetsregister.

Kompetensutveckling, lärande organisation

Verksamheterna har aktivt arbetat med att förbättra den medicinska kvaliteten inom områden som diabetes, njursvikt, hypertoni, astma och KOL, vaccinationer, sår och smärta samt övervikt, med fokus på ett enhetligt omhändertagande i enlighet med nationella riktlinjer, samt rekommendationer i VISS och Strama. Arbete bedrivs för att säkerställa att patienter med kroniska sjukdomar får årskontroller och uppföljningar på rätt vårdnivå, hos sjuksköterska eller läkare.
Under året har MAL tillsammans med verksamhetschefer bestämt vilket framtaget material/koncept från processarbetet i Värdelyftet Primärvård som man ska arbeta vidare med på enheterna. Exempel på ämnen som tagits upp på dialogseminarier är: ”Alltid öppet”, Basal hemsjukvård/LUS, Förbättringsarbete Diabetes, Journal via nätet (för BMM och BHV), Patientsäkerhet, Primärvårdskvalitet, Rehabiliteringskoordinator. Primärvårdens representanter har även deltagit i e-Hälsalyftet, en kompetensutvecklingsinsats med syfte att vidareutveckla e-hälsokompetensen hos medarbetare. Dialogseminarierna inom eHälsa har

handlat om e-hälsotjänster via 1177, patientprocesser och informatik, samt Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM).
Inom verksamheterna följs och analyseras förskrivningsmönster av läkemedel för de olika patientgrupperna. Verksamhetscheferna har regelbundet genomfört journalgranskningar och resultatet har återkopplats till medarbetarna individuellt och på APT. Resultatet av journalgranskningar ligger till grund för förbättringsarbetet.

Verksamheterna har deltagit i SLSO:s patientsäkerhetsdialoger och genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet.
Medarbetarna har deltagit i flera utbildningar, bland annat Antibiotikasmart, Att undanröja hinder (om tillgänglighet), Basala hygienrutiner, DISA (om informationssäkerhet), HBTQ, Läkemedelsbiverkningar, Miljö och läkemedel, HLR och brandskydd. Nätverket för MAL har under året haft möten med inriktning på patientsäkerhet. Medarbetare har utbildats i risk- och händelseanalys, i ”offentlighet och sekretess”, patientlagen samt patientdatalagen.

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

Läkemedel

Samtliga vårdcentraler/HLM följer Kloka Listans rekommendationer om förskrivning av läkemedel och Stramas rekommendationer om antibiotikaförskrivning. Medelvärdet för följsamhet till Kloka Listan inom primärvården var 91 % under 2018 (oförändrat jämfört med 2017), med en variation mellan 86 och 95 %. En viktig del av patientsäkerhetsarbetet med läkemedel är korrekt hantering, administrering, dokumentation och delegeringar. Majoriteten av patienterna i hemsjukvården får dosförpackade läkemedel förskrivna i Pascal. Läkemedlen levereras i dospåsar och distribueras vanligen till patienter av hemsjukvårdspersonal. Deltagande i externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering, som ska ske en gång per år, har ökat. Sammanlagt genomfördes externa kvalitetsgranskningar i 88 enheter under 2018 (35 enheter under 2017).

Hygien- och klädregler

Samtliga verksamheter ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och SLSO:s riktlinje för basala hygienrutiner. Följsamheten till basala hygienrutiner mäts årligen med en webbaserad självskattningsenkät. Se Tabell 12.

Tabell 12. Resultat av självskattningsenkät, VO primärvård.

	2017	2018
Bär kortärmad arbetsdräkt	94 %	94 %
Utan ring, klocka eller armband	91 %	92 %
Använde handsprit före patientnära vårdarbete	95 %	98 %
Använde handsprit efter patientnära vårdarbete	98 %	99 %

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

Tillgänglighet

Primärvården arbetar ständigt med att förbättra tillgängligheten som redovisas i olika typer av väntetidsmätningar. Telefontillgängligheten inom primärvården mäts kontinuerligt av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Med telefontillgänglighet avses andel samtal som i undersökningen besvaras inom godkänd tid. Sammantaget för 2018 besvarades 90 % av samtalen inom godkänd tid, samma värde som vid föregående år. Under året har 53 vårdcentraler klarat tillgänglighetsmålen i HSF:s telefontillgänglighetsmätning.
Tillgänglighet till primärvårdsrehabilitering för patienter utskrivna från sjukhus och i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet och som erbjudits insatser inom en vardag var 97 % (98 % år 2017). Patienter som erbjudits insatser av neuroteam inom två vardagar efter utskrivning var 98 % (97% år 2017).

Patienterna har även möjlighet att boka besökstider via webben vilket förbättrar tillgänglighet till vården. Webbtidbokning är infört i de flesta enheterna inom primärvården. Under 2018 var 4,6 % besök bokade på webben. SLSO genomför sedan 2016 en automatiserad kontinuerlig väntetidsmätning där uppgifter hämtas från journalsystemet. Uppfyllande av vårdgarantin (läkarbesök inom 5 dagar med ett nytt vårdproblem) ligger på 97 % vid utgången av 2018 för helåret. Vårdgarantin för primärvårdsrehabilitering hade en måluppfyllelse avseende påbörjade rehabiliteringsinsatser på 95-98 %. Hembesök till nyfödda uppfylldes till 90 % (89 % år 2017) inom BVC, vilket ligger över godkänd nivå.
Förbättringsarbete pågår avseende digital tillgänglighet, via app för webb-tidsbokning och bokning av videomöten med läkare/sjuksköterska/barnmorska.

Kunskapsbaserad vård

En kunskapsbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.
Verksamheterna använder landstingsgemensamma och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Samtliga yrkeskategorier deltar i olika fort- och utbildningsaktiviteter. Enheterna har arbetat med att skapa vårdprocesser för stora diagnosgrupper. Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagandet och vården för multisjuka äldre/dementa och patienter med psykisk ohälsa. Vårdcentralerna har fortsatt arbeta med suicidprevention.

3.2 Psykiatri

Våren 2016 skapades inom SLSO:s Verksamhetsområde (VO) Psykiatri, ett sammanhållet verksamhetsområde för patienter i alla åldrar.
I verksamhetsområdet ingår BUP Stockholm som erbjuder behandling både i öppenvård och heldygnsvård för barn, ungdomar och deras familjer när det finns behov av insatser på psykiatrisk specialistnivå. 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 är beroende av eller har problem med alkohol, droger, läkemedel eller spel. Rättspsykiatri Vård Stockholm (RPV) bedriver högspecialiserad rättspsykiatrisk vård för personer som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård samt andra frihetsberövade personer som är i behov av psykiatrisk vård. Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) erbjuder specialiserad behandling av ätstörningar till patienter i alla åldrar.

Inom verksamhetsområdet finns cirka 160 öppenvårdsmottagningar dit patienter kan vända sig direkt. Ett flertal mottagningar är specialiserade på olika diagnoser. Verksamhetsområdet omfattade under året drygt 50 vårdavdelningar, fyra länsövergripande psykiatriska

akutmottagningar för vuxna och barn samt en ambulans för omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa.

Behandlingsformerna utgörs bland annat av psykologisk behandling, läkemedel, fysisk aktivitet, stöd till själv-hjälp och utbildning. 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). Enheterna Modulstöd och CPF utveckling är resurser i verksamheternas systematiska förbättringsarbeten av vård, behandling, ledarskap och organisation.

Övergripande patientsäkerhetsarbete

I verksamhetsområdet pågår ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete där det interna patientsäkerhetsarbetet är organiserat på likvärdigt sätt. Verksamhetsområdeschefen är ansvarig för patientsäkerheten inom verksamhetsområdet. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten inom resultatenheten, ofta med hjälp av en chefsöverläkare. Därefter vilar ansvaret på sektions- och enhetsnivå samt medicinskt ledningsansvariga överläkare.

Verksamhetsområdet har en stödfunktion vilken har som uppgift att stötta i det övergripande gemensamma arbetet och stötta verksamheterna i att effektivt öka patientsäkerheten samt handläggning av enskilda klagomål som inkommit från IVO. Kvalitetsledningssystemet för patientsäkerhet och tvångsvård förvaltas och ett systematiskt arbete bedrivs. Stödfunktionen säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande bestämmelser relaterade till patientsäkerhet och tvångsvård. Utvecklingsarbeten pågår tillsammans med verksamheterna och Verksamhetsstöd Patientsäkerhet.

En beredningsgrupp bereder frågor som rör patientsäkerhet, säkerhet och tvångsvård inför beslut i verksamhetsområdesledningen. Åtgärder som genomförs utifrån identifierade brister i en verksamhet kan med stöd av ledningsstödet genomföras i andra verksamheter där den bristen ännu inte uppmärksammats. Goda exempel sprids och patientsäkerhetsarbetet kommer fler patienter till del.
SLSO:s verksamhetsplan, VO- och verksamheternas styrkort samt kontroll- och uppföljningsplaner ligger till grund för ledningsgruppens uppföljning. Inom verksamheterna finns en patientsäkerhetsorganisation med särskilt utsedd patientsäkerhetssamordnare och minst ett patientsäkerhetsombud per enhet som bistår chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor och bidrar till att sprida en god patientsäkerhetskultur. Verksamhetens analysgrupp diskuterar och handlägger patientsäkerhetsfrågor på klinikövergripande nivå och rapporterar till ledningsgruppen. Patientsäkerhetsombuden träffas vid gemensamma möten i syfte att öka kunskapen om patientsäkerhetsarbete och förtydliga hur rapportering och uppföljning ska ske.

Risker och avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis, analyseras och vid behov genomförs en intern utredning, händelseanalys och/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 sedan sommaren

2017 en övergripande gemensam 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 förbättringsarbetet.

Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. Chefer har kunnat delta vid SLL:s Patientsäkerhetsutbildning för chefer. BAS-utbildning i patientsäkerhet erbjuds nya chefer.

Resultatenheternas patientsäkerhetsarbete

Varje resultatenhet 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 resultatenhet sitt patientsäkerhetsarbete under året.

Nedan beskrivs utdrag ur resultatenheternas patientsäkerhetsberättelser.

BUPs centrala patientsäkerhetsgrupp, direkt underställd verksamhetschefen, består av en central patientsäkerhetssamordnare, en patientsäkerhetsöverläkare, tillika biträdande verksamhetschef, samt en chefsöverläkare från heldygnsvården. Patientsäkerhetssamordnare finns också på sektionsnivå och patientsäkerhetsombud på varje enhet. Alla samordnare utgör en gemensam resurs t.ex. vid behov av mer omfattande interna utredningar, risk- eller händelseanalyser.

BUP identifierar och hanterar risker på i huvudsak tre sätt: identifierade risker rapporteras av medarbetare och chefer, riskronder ska genomföras årligen på varje enhet samt genom riskanalyser. Under året genomfördes riskanalyser inför sommarplanering av heldygnsvården, inför förändring av läkarjourer samt med anledning av öppnandet av BUPs tredje heldygnsvårdsavdelning på S:t Görans sjukhus i januari 2019. Detta innebär att en stor del av BUPs chefer och medarbetare var delaktiga och att olika professioner företräddes.

BUPs vårdregister Pastill utvecklades med funktioner som påminner patientansvariga behandlare om patientsäkerhetsaspekter för t.ex. patienter med hög suicidrisk och uppföljning av läkemedelsbehandling.

Inom PNV fortgick ett aktivt arbete med riskidentifiering och klinikens samtliga 17 vårdenheter genomförde en riskrond. Användandet av vårdprocesskartor har varit en av hörnstenarna i öppenvårdens patientsäkerhetsarbete. Implementeringen av en generisk vårdprocesskarta för heldygnsvården har påbörjats. Fyra instruktörer utbildades i metoden SUST (”Tillsammans ut? Tillsammans tillbaka!”) för medarbetare som genomför ledsagade utevistelser med patienter. Instruktörerna kommer att vidareutbilda all omvårdnadspersonal och läkare i heldygnsvården. Arbetet med att öka läkemedelssäkerheten i heldygnsvården påbörjades, med hjälp av farmaceut skapas bassortiment respektive sällansortiment i läkemedelsförråden. Rutiner infördes för att implementera den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. En tydlig positiv utveckling har skett under de senaste två åren när det gäller andel patienter som har en vårdplan eller SIP. Under året ledde 25 allvarliga händelser till beslut om internutredning och knappt hälften av dessa ledde till en anmälan enligt lex Maria. Handlagda avvikelser ökade med 40 procent jämfört med föregående år. Brister i dokumentation och informationsöverföring utgör den största delen.

NSP har lagt större fokus på riskanalyser och genomfört 11 jämfört med 5 år 2017. Riskanalyser gjordes bl.a. över vårdform HSL/LPT, extravak på somatisk avdelning, läkemedelsrum, sammanslagning av öppenvårdsmottagningar och säker vårdmiljö på

psykiatriska akutmottagningen. Riskanalyserna kommer att följas upp under 2019 för att dra lärdom av utfall. Suicidpreventiva gruppen ansvarar för utbildningar i suicidprevention och genomförande av akuta och planerade genomgångar med anhöriga och personal efter suicid. Gruppen involveras i patientsäkerhetsgruppens arbete vid suicid. Ett strukturerat arbetssätt för omvårdnadssamtal, Ett samtal om dagen, infördes på alla avdelningar. ”Patientskolan” är ett nytt projekt inspirerat av konceptet The Recovery College från Storbritannien. Syftet är att hjälpa patienter bli experter på egenvård, stödja närstående, vänner och vårdpersonal till ökad förståelse för psykisk sjukdom, ge patienter hopp om återhämtning och reducera stigma.

Arbetet inom PSS bedrivs enligt fem perspektiv i följande prioriteringsordning:
1. Patientsäkerhet, 2. Kvalitet, 3. Produktion, 4. Medarbetare, 5. Ekonomi. Mottot för patientsäkerhetsarbetet är ”primära är att inte skada”. Övergripande mål för årets patientsäkerhetsarbete var ”Rättssäkerhet för tvångsåtgärder; följsamhet till ledningssystemets dokument; hot, våld och självdestruktivitet; suicidprevention och patientsäkerhetskultur”. En handlingsplan upprättades och följdes upp på patientsäkerhetsteamets veckovisa strategimöten. En av åtgärderna var projektet ”Trygg akutbehandling i heldygnsvård” för ett rättssäkert och standardiserat behandlingsprogram för akuta tvångsåtgärder enligt LPT för akut agiterade patienter.
Journaler granskas två gånger per år enligt Markörbaserad Journalgranskning. Målet är att kvalitetssäkra journaldokumentationen men också identifiera vårdskador. Urvalet görs baserat på identifierade riskområden som för 2018 var patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom och patienter vårdade enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. För att förbättra uppföljningen av planerade åtgärder i samband med internutredningar av vårdskador sammanställs åtgärderna i ett överblickbart dokument i syfte att säkerställa genomförandet.

Ett övergripande mål för PSV var fortsatt förbättringsarbete som innebär att öppenvård och heldygnsvård knyts samman i diagnosbaserade processenheter utifrån strukturerade behandlingsprogram. Ett av öppenvårdens mål var förbättrad patientsäkerhet och vårdkvalitet för patienter med långvariga psykiatriska vårdbehov. Alla patienter erbjöds ett hembesök inom fem arbetsdagar efter utskrivning från heldygnsvården av Jourmottagningens nystartade mobila hembesöksverksamhet. Utredningsenheten införde kvällsmottagning för ökad tillgänglighet för vårdsökande.
Personcentrerad vård utvecklades vid Affektiva mottagningen och Psykosprogrammet. Projektet personcentrerad vård i heldygnsvården är nu ett implementerat arbetssätt där patienten är en naturlig partner och delaktig i sin egen vård. Samtliga avdelningar har personcentrerad vård-ambassadörer. Riskronder genomfördes för förbättrad läkemedelshantering. Sex av sju avdelningar är nu ombyggda enligt ombyggnadsprojektet inom Framtidens hälso- och sjukvård. Medarbetare och patienter har tillsammans utformat patientsäkra lokaler med god arbetsmiljö som stöttar läkande.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet inom PCS var ökad medvetenhet och kunskap om patientsäkerhet, förmåga att identifiera risker samt att upprätthålla det preventiva patientsäkerhetsarbetet. Färre avvikelserapporter gällande ordination och administrering av läkemedel samt korrekt journalföring av somatisk status hos patienter inom heldygnsvården var andra mål. Exempel på åtgärder som genomfördes är förtydligande av vårdprocesser, komplettering av bråklarm, ombyggnad av reception, utveckling av det systematiska brandskyddsarbetet, installation av kylaggregat, säkrare hantering av post och andra dokument samt fortsatt implementering av dagliga våldsriskbedömningar. Två enhetschefer genomgick särskild chefsutbildning gällande våldsprevention.
Under hösten inleddes förberedelser inför öppnandet av två tillnyktringsplatser, på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, i nära samarbete med BCS, Södertälje sjukhus AB och

polisen. Syftet är att berusade personer som omhändertas av polisen ska få säkrare medicinsk övervakning än vad de hittills fått i polisens arrestlokaler.

Inom RPV har arbetet med vårdplaner, journal via nätet och införandet av den rättspsykiatriska vårdprocessen medfört ett nytt synsätt på patientens medverkan i vården. Processen beskrivs illustrativt i olika färger och trappsteg för att på ett pedagogiskt vis åskådliggöra var i processen den enskilda patienten befinner sig. Ett nytt mer transparent arbetssätt ställer nya krav på personal och patienters mer aktiva deltagande i sin vårdplanering. En databas är utvecklad där oanvända läkemedel förs in. På så vis hittas läkemedel innan nya beställs, som medfört en avsevärd ekonomisk besparing och minskad kassering av läkemedel som belastar miljön. Ett arbete utfördes av en arbetsgrupp bestående av kuratorer som tillsammans med chefsöverläkare och verksamhetschef sett över rutiner för patienter som har barn; från t ex dokumentation till rutiner för besök och hembesök. Regelbundet återkommande brukarråd sker med representanter för föreningen PAR (Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatrin). Representanter för föreningarna Attention (Riksförbund för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) och IFS (Intresseföreningen för schizofreni) har deltagit i arbetet. PAR har i samarbete med RPV producerat ett informationshäfte riktat till rättspsykiatriska patienter med råd om hur man som patient på bästa sätt kan tillgodogöra sig vården. Chefsöverläkare och klinikens centrala patientsäkerhetssamordnare har besökt cirka hälften av klinikens enheter på planeringsdagar för att samtala om patientsäkerhetsfrågor.

Inom BCS har sektionen för akut- och heldygnsvård arbetat med identifierade risker i samband med utskrivning av patienter som har kontakt med socialtjänsten. Hemlösa patienter ska erbjudas kontakt med socialtjänsten i samband med utskrivning. Handläggningstiden för LVM-läkarintyg har förkortats och når nu socialnämnden en arbetsdag tidigare. Arbete har påbörjats med att läkare i samband med utskrivning från heldygnsvården ska dokumentera huruvida patienten är aktuell för LVM eller i behov av kontakt med öppenvård, samt patientens inställning till detta.
Merparten av BCS vårdenheter har samverkansöverenskommelser med kommuner som innebär ett gemensamt åtagande för att tillgodose god vård, omsorg och rehabilitering. Det finns också överenskommelser med psykiatrin, kriminalvården och Rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i syfte att tydliggöra ansvar samt vara ett stöd i samarbetet på lokal nivå. SMADIT Polismyndigheten Region Stockholm (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en samverkan mellan olika myndigheter med syfte att ge stöd till personer som rapporterats för ratt-, drogratt- eller sjöfylleri.

En basutredning för psykiatrisk diagnostik och därefter behandlingsplanering utifrån evidensbaserade riktlinjer som beskrivs i en s.k. processkarta, har under året börjat tillämpas på SCÄ. Detta ger goda förutsättningar för enhetlig diagnostik och behandlingsplanering. För patienter under 18 år pågår ett arbete med att färdigställa innehåll i basutredning och processkartor. Förbättringsarbete av medicinska rutiner pågår och alla patienter som kommer till kliniken får genomgå kontroll av blodprover samt träffa läkare för medicinsk bedömning. Samverkan tas regelbundet upp i flera forum på kliniken. För vuxna patienter, med behov av insatser från olika vårdgivare sker SIP-möten (samordnad individuell vårdplanering) för att kunna säkerställa ett bra samarbete och att alla patientens behov blir omhändertagna. Gällande samordning av ätstörningsbehandling sker regelbundna möten med alla ätstörningskliniker i Stockholm, för att säkerställa vem som har hand om patienten så att det inte sker dubbelarbete eller missförstånd i kommunikationen. Verksamhetschefen deltar regelbundet i samarbetsmöten med barnmedicinsk och barn- och ungdomspsykiatrisk klinik samt beroendevård. Att öka patienternas delaktighet i vården och att samverka med patienter och närstående är av stor betydelse i patientsäkerhetsarbetet.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Digitalisering och journaldokumentation

Under året har ett fortsatt arbete pågått för att ytterligare digitalisera vården. Digitaliseringen ska kunna utgöra ett stöd för patienters delaktighet i sin vård. En del av digitaliseringen handlar om att utöka möjligheten för videobesök och internetförmedlad behandling. Ett förberedande arbete har genomförts för att under 2019 införa digital självanmälan för vård efter inloggning i 1177. Videobesök med patient har testats vid flera verksamheter och under 2019 tas rutiner och manualer fram för breddinförande.

Ett annat arbete som pågått är utökad digitalisering av beslutstöd för medarbete. Syftet är bland annat att göra beslutsstödet mer lättillgängligt i behandlingsarbetet.

Samverkan

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

På regionalnivå finns ett länsgemensamt material för utbildning och genomförande av samordnad individuell plan (SIP) för vuxna. För barn och unga finns en gemensam mall för SIP framtagen av HSF och StorSTHLM.

Ett intensivt arbete har pågått under året för att utveckla gemensamma riktlinjer och rutiner för implementering av den nya lagen ” Lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård” (2017/18:12) för att ge patienterna en trygg och säker utskrivning. Gemensam implementering har skett för landsting och kommuner/stadsdelar under hösten 2018.

Patienters och närståendes delaktighet

Inom verksamheterna sker kontinuerligt samarbete med patientorganisationer. Brukarinflytandesamordnare (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. Fem verksamheter har en BISAM-funktion. Även centralt inom VO Psykiatri finns en motsvarande funktion. Två verksamheter har en timanställd person för att arbeta med patientforum i heldygnsvård. Pilotverksamhet pågår i två verksamheter avseende funktionen medarbetare med brukarerfarenhet (MB). MB arbetar med fokus på patienters delaktighet men ibland också med aktiviteter för patienter på avdelningar och mottagningar som ett komplement till omvårdnadspersonal. De olika funktionerna har olika uppdrag och samarbetar i flera frågor.

Vid varje utskrivningstillfälle från heldygnsvården erbjuds patienter att besvara en enkät om vården på avdelningen. Resultaten sammanställs och presenteras på respektive avdelning samt på verksamhetens interna och externa hemsida. De flesta vårdenheter har förslagsbrevlådor där patienter och närstående kan lämna förslag och synpunkter.
I öppenvården erbjöds patienter under två veckor vår och 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. Registrering görs av deltagande och allt som framkommit i genomförda patientforum. Dessa sammanställningar görs på ett enhetligt sätt inom hela verksamhetsområdet. I öppenvården finns arbetssätt såsom väntrumshearing, patientforum öppenvård och samrådsgrupper där patienter kan framföra frågeställningar, förbättringsförslag och synpunkter.

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

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

Ledningsgruppen för verksamhetsområde psykiatri har tillsatt en arbetsgrupp för att utveckla det suicidförebyggande arbetet. Arbetsgruppen består av experter inom suicid från verksamhetsområdets olika verksamheter. Arbetsgruppen har i uppdrag att ta fram förslag som förstärker kunskapen och förbättrar verksamhetsområdets suicidförebyggande strukturer. De områden gruppen ska lämna förslag inom är dokumentation, revision/uppföljning genom etiska lärandediskussioner, verksamhetsgemensam lägstanivå för utbildning inom området och omhändertagande.

Tvångsvård

Ett särskilt ledningssystem för tvångsvård utvecklades 2016 för att vården ska ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Ledningssystemet ska bland annat säkerställa att verksamhetschefer fortlöpande följer upp tvångsvården samt att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses. Ledningssystemet för tvångsvård har utformats så att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder kan granskas och begränsas. Det innebär att VO Psykiatri stärker systematiken i att upptäcka, åtgärda och förhindra återupprepning av brister i vården.

Under 2018 fortgick ett intensivt förbättringsarbete kring tvångsvården inom hela VO Psykiatri. I arbetet med att följa ledningssystemet för tvångvård finns en verksamhetsområdesövergripande handlingsplan och ett årshjul vilka även verksamheterna följer med egna handlingsplaner och årshjul.

En stödfunktion för verksamhetsområdet stödjer arbetet med tvångsvård och patientsäkerhet och annat systematiskt förbättringsarbete.

Under året har fortsatt fokus varit på att förbättra kvaliteten på tvångsvården liksom patientens upplevelser av tvångsvård och tvångsåtgärder. Detta har bland annat följts upp genom analys av 180 genomförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder. Det pågår också ett pilotprojekt med enkäter där patienter som tvångsvårdats får utvärdera vården.

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

Under hösten genomförde inspektionen för vård och omsorg nationell tillsyn av tvångsvården vid åtta av verksamhetsområdets nio verksamheter. Vid dessa inspektioner framgick bland annat att det i verksamheterna bedrivs kvalitetsarbete som ger förutsättningar för att begränsa användningen av tvångsåtgärder, att kravet på god vård beaktas vid långvariga fastspänningar samt att det genomförs systematisk egenkontroll av tvångsåtgärder i syfte att upptäcka och åtgärda brister.

Hot och våld

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

Regionala vårdprogram

Regionala vårdprogram i SLL utgör en viktig kunskapsgrund och ett stöd för evidensbaserad handläggning av patienter. Verktyget www.psykiatristod.se erbjuder en uppdaterad och ständigt tillgänglig version av aktuella vårdprogram och omfattar följande områden: ADHD, Alkoholberoende, Autismspektrumtillstånd, Bipolär sjukdom, Depression, EIPS (Emotionellt instabil personlighetsstörning), Lindrig utvecklingsstörning, Läkemedelsberoende, Narkotika och dopning, OCD och relaterade syndrom (OCD, Obsessive-compulsive disorder, tvångssyndrom), Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Suicidnära barn och ungdomar, Suicidnära patienter, Ångestsyndrom och Ätstörningar. Ytterligare två regionala vårdprogram är på väg att tas fram; PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) och Våld i nära relationer. Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod, är ett gemensamt vårdprogram för psykiatri, mödravård, förlossningsvård och primärvård. Riktlinjer för vård av döva, dövblinda och barndomshörselskadade är skrivna för att förmedla kunskap om hur den psykiatriska vården kan möta patienter med dövhet, dövblindhet och hörselnedsättning.

Standardiserade vårdprocesser

Med målet att uppnå en säker och jämlik vård av hög kvalitet har standardiserade vårdprocesser väglett arbetet i psykiatrin sedan 2015. Under året har två nya standarder, för heldygnsvård och ätstörningar, införts. Totalt finns nu 12 standarder. Arbete har också påbörjats med att utveckla standarder som beskriver vårdinnehållet för yngre patienter. Detta innebär dels att befintliga standarder kompletteras med innehåll för unga och dels att nya standarder utvecklas för tillstånd som bara förekommer hos barn. Ytterligare

utvecklingsarbete har bestått av att ta fram ett gemensamt material för patient- och närståendeutbildningar för olika diagnosgrupper i enlighet med de krav som beskrivs i standarderna.
Materialet syftar till att öka patienternas möjlighet att stärka sin egenmakt och förbättra sitt mående. I övrigt har den årliga strukturen för arbetet följts genom revidering av befintliga standarder samt uppföljning av prioriterade målvariabler vid besök av VO chef, två gånger per verksamhet och år.

Övrigt förbättringsarbete inom psykiatri

Nedan beskrivs ett urval av pågående förbättringsarbeten.

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

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

På flera vårdavdelningar finns ”Lugna rummet” dit patienter kan gå för att få lugnande sinnesstimulering. Erfarenheterna visar att ”Lugna rummet” kan bidra till patientsäkerhet i en vidare bemärkelse, då det för många patienter har fungerat väl för primär och sekundär prevention av tillstånd som stress, ångest och sömnproblem.

Patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar har uppmärksammats och ett VO gemensamt utvecklingsarbete pågår.

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

Arbetet fortsätter med konceptet ”Frigör tid till vård” (FTV), framtaget av NHS (Nationell Health Service) i England. Syftet med FTV är att verksamheterna inom den psykiatriska heldygnsvården ska arbeta med kontinuerliga systematiska förbättringsarbeten med tydligt patientfokus som ska gynna vårdens säkerhet, effektivitet och kvalitet. Som stöd till verksamheterna erbjuder FTV verktyg, mallar och metodstöd.

Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom (BipoläR), elbehandling vid psykiatriska sjukdomar (Kvalitetsregister ECT), internetbaserad psykologisk behandling (Svenska internetbehandlingsregistret SibeR), psykossjukdomar (PsykosR), ADHD (BUSA), Svenskt Beroenderegister (SBR), nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup) och rättspsykiatri (RättspsyK).

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

3.3.1 Geriatrik

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker: Danderydsgeriatriken, Jakobsbergsgeriatriken samt Sabbatsbergsgeriatriken. Alla medarbetare genomgår grundläggande utbildning i patientsäkerhet. Målsättningen är att utveckla vården och skapa en säkerhetskultur som motiverar alla medarbetare till ökad rapportering av risker, tillbud och negativa händelser samt att aktivt delta i förbättringsarbete och utvärdera effekterna.

Som en del i verksamheternas egenkontroll används ett verktyg för uppföljning av process- och resultatmått. Processområdena är bl.a. fallskador, trycksår, undernäring och multisjuklighet. Riskronder genomförs för att identifiera risker och arbeta med handlingsplaner. Lokala arbetsgrupper träffas regelbundet och utför ett strukturerat arbete med att återföra identifierade risker och föreslagna åtgärder till medarbetare och chefer inom verksamheten. Andra exempel på egenkontroll som utförs är stickkontroller av basal hygien och klädregler samt punktprevalensmätningar av t ex vårdrelaterade infektioner, trycksår och screening för MRSA.

Kontinuerliga samverkansmöten genomförs med andra aktörer inom t ex. kommunal omsorg, primärvård och akutsjukvården för att få ett bättre samarbete och öka patientsäkerheten i vårdens övergångar samt att öka tryggheten vid hemgång. Detta har varit särskilt viktigt under 2018 på grund av ändringar i lagstiftningen, LUS - lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Under 2018 har man aktivt följt upp och arbetat med resultatet av patientenkäten (inflytande, delaktighet och bemötande). Andra exempel på förbättringsarbeten är introduktionsdag för nya sjuksköterskor och förändrad rondstruktur.

3.3.2 Närakut

Under 2018 öppnade SLSO ytterligare närakuter enligt plan. Det innebär att sex närakutmottagningar är i drift.

Medarbetarna har fått utbildning i Händelsevis. En analysgrupp hanterar avvikelser i Händelsevis, rapporterar till ledningsgruppen samt informerar personalen på APT. Kvalitetssäkringsgrupper utarbetar samt uppdaterar kontinuerligt handlingsplaner och rutiner för handläggning av patienter. Verksamheten har följt riktlinjer beträffande hygien och förebyggande av vårdrelaterade infektioner.

3.3.3 ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra

Båda verksamheterna har patientsäkerhetsgrupper som träffas regelbundet. Representanterna i gruppen verkar inom sina respektive team/avdelningar för att främja patientsäkerheten. På samtliga enheter finns ett strukturerat arbete kring risker och avvikelser samt ett förbättringsarbete utifrån rapporteringen.

Under 2018 har ASIH Stockholm Norr genomfört en patientsäkerhetsvecka för att tillsammans diskutera de avvikelser som varit aktuella inom enheterna samt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Inom ASIH Norr har antalet inrapporterade avvikelser ökat under 2018.

En förutsättning för patientsäker ASIH-vård är att funktionen hos telefoni och fordon är säkerställd samt optimal fördelning av personal jourtid. Under året har arbetet med dessa rutiner fortsatt i syfte att minimera risker vid störningar.

Under 2018 har ASIH Södra övergått till ett nytt arbetssätt runt patientsäkerhetsarbetet i syfte att skapa större dynamik och sprida kunskap i verksamheten. Tidigare har man haft en fast patient- och medarbetarsäkerhetsgrupp, nu utgår man från specifika händelser och sätter samman grupper utifrån de kompetenser som behövs.

I dag finns ett etablerat och gemensamt arbetssätt kring patientriskbedömningar såsom munhälsa, nutrition, fallrisk och trycksår. Resultatet av riskbedömningen leder till en aktivitetsplan.

3.3.4.Akademiskt specialistcentrum

Akademiskt specialistcentrum består av tre vårdenheter, centrum för diabetes, neurologi och reumatologi. Syftet är dels att säkerställa tillgången på specialiserad vård för patienter med särskilda diagnoser, dels att knyta forskning, utveckling och utbildning närmare vården.

Verksamheten eftersträvar ett öppet klimat där patientsäkerhetsrisker diskuteras löpande. Avvikelserapporter tas upp på arbetsplatsträffar och patientfall tas upp på gemensamma falldragningar t ex. vårdrelaterade infektioner. Medarbetarna diskuterar tillsammans hur detta ska kunna undvikas och får ett tillfälle att lära av varandra.

En hälsoplan upprättas och uppdateras i samband med varje vårdkontakt. Hälsoplanen är en journalmall som innefattar rubriker som mål för patienten, läkemedel, levnadsvanor, provtagning, röntgen och nästa planerade kontakt. Hälsoplanen minskar risken för missförstånd om läkemedelsbehandling och provtagning.

Akademiskt specialistcentrum samverkar med primärvården för att skapa sömlösa patientprocesser. Verksamheten samarbetar även aktivt med patientföreningar för att identifiera förbättringsområden och involvera patienter i vårdutveckling.

3.3.5 Team Äldredoktorn

Team Äldredoktorn utför läkarinsatser inom särskilt boende (SÄBO). Prioriterade områden 2018 har varit säker läkemedelslista, fallprevention samt att utföra och dokumentera suicidriskbedömning.

På en del SÄBO används Pascal istället för läkemedelsjournal. Det innebär att läkemedelsordinationer och eventuella ändringar inte dokumenteras i journalen vilket i sin tur innebär att historik saknas samt stora risker i vårdens övergångar. Förbättringsarbetet i samverkan med kommunerna har lett till att sjuksköterskan ska ha en signerad läkemedelslista vid iordningsställande och administration av läkemedel.

Ett pilotprojekt med tvärprofessionella fallriskronder har inletts vid ett boende.

En halv planeringsdag ägnades åt hur man identifierar patienter med förhöjd risk för suicid och att det ska leda till att en handlingsplan upprättas.

3.4 Habilitering och Hjälpmedel

Organisation av patientsäkerhetsarbetet
Respektive verksamhetschef är ansvarig för patientsäkerheten inom resultatenheten och respektive enhetschef är ansvarig inom sin enhet. På varje enhet finns ett

patientsäkerhetsombud vars uppgift är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet. Resultatet följs upp inom varje enhet.
Som stöd finns en patientsäkerhetssamordnare inom verksamhetsområdet.
Genom ”Månadens avvikelse” som presenteras på Habilitering och Hälsas intranät samt på APT och ledningsgrupper, återförs kunskap om vidtagna åtgärder.

Habilitering och hälsa

Habilitering och hälsa är en länsövergripande verksamhet som ger stöd och behandling till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar och deras närstående.
Tolkcentralen inom verksamhetsområdet erbjuder teckenspråkstolkning till döva och dövblinda personer samt skrivtolkning och tecken som stöd till hörselskadade och vuxendöva personer som är folkbokförda i Stockholms län.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Verksamhetens patientgrupper har ofta behov av insatser från olika vårdgrenar såväl som andra delar av välfärdssystemet.
Inom verksamhetsområdet finns en habiliteringsläkare som ger konsultationer till personalen rörande patientsäkerhet. I uppdraget ingår också utbildning samt att arbeta för bättre samverkan för att förebygga vårdskador i vårdens övergångar.
Under 2018 har habiliteringsläkare tillsammans med kollega vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken, på uppdrag av HSF, skapat en e-utbildning för primärvård och primärvårdsrehabilitering. Syftet är att förbättra kvalitet och patientsäkerhet i vården av vuxna med funktionsnedsättning i dessa verksamheter.

Avvikelserapportering

Habilitering och Hälsa har under 2018 rapporterat in 643 avvikelser i HändelseVis. De flesta avvikelserna har inträffat inom dokumentation och informationsöverföring.
Tolkcentralen har rapporterat in 140 avvikelser under 2018.

Framtidens Habilitering

För att möta nya krav och en växande patientgrupp pågår en omfattande översyn av organisationen och vårdprocesser inom Habilitering och Hälsa.
Sedan två år har varje habiliteringscenter organiserats i team inriktade mot olika funktionsnedsättningsgrupper för att säkra kompetens. Teamen riktar sig mot intellektuell funktionsnedsättning (IF), rörelsenedsättning (RN) samt för patienter med autismspektrumdiagnos (ASD). Habiliteringscentren arbetar utifrån standardiserade habiliteringsprogram (möjliga behandlingsinsatser). Under 2018 har vi påbörjat arbetet med att implementera standardiserade vårdprocesser för vuxna och barn inom respektive funktionsnedsättning.
Den egenkontroll som genomförts under året har främst handlat om loggranskning av journaler. Det finns utvecklingsmöjligheter inom journaldokumentationen, ett arbete pågår att ta fram tydligare journalmallar.

Sammanfattning

Under 2018 har vi fortsatt att utbilda alla medarbetare i patientsäkerhet, alla enheter har ett patientsäkerhetsombud.
Vårdplaneringsmodulen i journalsystemet är implementerad efter flera års arbete. Denna modul används då vårdplan skrivs. I modulen finns våra habiliteringsprogram som därmed blir naturligt integrerade i patientarbetet. Habiliteringsprogrammen syftar till att säkra en likvärdig vård samt att vi använder evidensbaserade och effektiva insatser. Ett intensivt arbete pågår med syfte att bl.a. minska köer för att kunna erbjuda vård i rätt tid med valmöjlighet till distanskontakt.
Alla enheter rapporterar avvikelser och medarbetare får återkoppling på bl.a. APT.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga ses som guldkorn för verksamhetsutveckling och läggs in i HändelseVis för sedvanlig hantering samt återkoppling till patient.
Tolkcentralen kommer att införa ”månadens avvikelse” som en stående punkt under APT-mötet.

3.5 Hjälpmedel Stockholm

De tre hjälpmedelsverksamheterna, Hjälpmedel Stockholm, KommSyn och medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH), har en gemensam patientsäkerhetssamordnare. Samordnaren har arbetat med de avvikelser som leder till medicintekniska avvikelser samt klagomål från patienter.

Ett nytt arbetssätt har införts med avvikelser i affärssystemet Sesam2. Alla avvikelser och reklamationer rapporteras i affärssystemet. Det har förbättrat möjligheten att enklare sortera avvikelser och arbeta mer systematiskt.
Under 2018 har dessutom fokus varit att all personal ska få utbildning i vårdhygien. Man har i kommunikation med Vårdhygien beslutat att genomföra utbildningar på de enheter som berörs mest av patientkontakt och orena hjälpmedel. Personal på MAH har redan fått utbildning och arbetar med framtagande av lokala hygienrutiner.
Regelbundna möten sker mellan patientsäkerhetsombud och patientsäkerhetssamordnaren. Samverkan inom verksamhetsområdet Habilitering och Hjälpmedel har stärkts, gemensamma utbildningar sker för alla patientsäkerhetsombud.
Antal avvikelser registrerade i HändelseVis var 127 under 2018. Från tekniker inkom 131 produktavvikelser. Via formulär från patienter och närstående inkom 748 avvikelser. Totalt har åtta ärenden bedömts som tillbud eller negativa händelser och har skickats in till Läkemedelsverket och IVO.

3.6 Förbrukningshjälpmedel i hemmet

Verksamheten Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) startade i juni 2018 på uppdrag av HSN. Uppdraget avser att ansvara för driften av hjälpmedelsverksamheten för förbrukningshjälpmedel till patienter som utför sjukvårdsinsatser i hemmet efter instruktioner av sjukvårdspersonal.

FHH:s huvudsakliga mål för patientsäkerhet var att övertagandet av hjälpmedelsverksamheten för förbrukningshjälpmedel skulle fungera så att patientsäkerheten inte riskerades. Det strategiska förebyggande arbetet pågick inför driftstart genom omfattande riskanalyser och aktiva åtgärder för att minimera patientsäkerhetsriskerna.

Vid övergången av verksamheten har systemet och distributionen för leverans inte fungerat som planerats, vilket resulterade i allvarliga leveransförseningar samt uteblivna leveranser med stora konsekvenser för patienterna. Under ett antal sommarmånader styrdes verksamheten från en central förstärkt ledningsgrupp från SLSO centralt. Stora resurser togs från övriga SLSO. Många åtgärder vidtogs akut från FHH och SLSO bland annat:

- att patientens fokus har funnits med i alla tagna beslut
- att akuta leveranser prioriterades utifrån prioriteringsområden som; anestesiprodukter, sugkateter, diabetesprodukter, nutrition-sondnäring, PKU produkter, inkontinensprodukter som KAD tappningskateter
- att ett akutlager med de medicinskt prioriterade produktområdena upprättades på FHH och akuta leveranser distribuerades från FHH

- FHH:s kundtjänst och bemanning förstärktes, logistikleverantör ökade sin bemanning och öppettider, skiftarbete infördes
- att ett akutlager bemannades upp för handläggning av akuta leveranser och för att besvara frågor från patienter och förskrivare i funktionsbrevlådan och via meddelanden i e-tjänsterna på 1177.se
- att FHH:s öppettider i kundtjänst förlängdes från ordinarie öppettider 8.00-16.30 till 8.00-20.00
- att FHH anlitade ett callcenter för utökad telefontillgänglighet.

Totala antalet registrerade klagomål och avvikelser som FHH handlagt under 2018 var 79 ärenden. Klagomålen och avvikelserna har i huvudsak handlat om svårigheter i att nå verksamheten, uteblivna leveranser eller leveransförseningar i samband med övertagandet. Inget klagomål har inkommit via IVO.

Vårdskador och risker identifieras genom bland annat ärenden i HändelseVis och handhas enligt rutin för patientsäkerhetsarbete. Medarbetare får återkoppling på information vid APT. Klagomål och synpunkter ses som en del i verksamhetens arbete med att förbättra våra processer och rutiner i verksamheten.

3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)

Centrum för arbets- och miljömedicin arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. I arbetet ingår även individuella patientutredningar relaterade till miljön. Det finns en mottagning för arbets- och miljömedicinska sjukdomar i allmänhet och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar (Hudallergimottagningen). För att definiera rutiner och säkra kvaliteten i patientarbetet finns rutiner för mottagningsarbetet dokumenterade i en webbaserad metodbok och verksamheten följer gällande hygienregler. Resultat rapporteras till nationella kvalitetsregister. En patientenkät genomförs var tredje år för att mäta bland annat patientnöjdhet, mottagande, information, och i vilken mån utredningarna vid CAMM leder till konkreta åtgärder på arbetsplatserna. Nästa enkät görs 2019.

4. Övergripande strategier och mål för 2019 och kommande år

SLSO:s långsiktiga inriktning när det gäller förbättrad kvalitet- och patientsäkerhet är fokuserad på utveckling och införande av evidensbaserade, standardiserade, säkra och värdeskapande vårdprocesser. Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2019 utifrån Region Stockholms övergripande nollvision för vårdskador.

Avgörande för säker vård är medarbetarnas värderingar, attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet, dvs. patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Under 2019 fortsätter arbete med att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Riskanalys är en förutsättning för ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna ska fortsätta att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Även 2019 ska resultatenheterna genomföra riskanalys och upprätta handlingsplan för patientsäkerhet samt skriva en patientsäkerhets-berättelse.

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

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

SLSO:s övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet/säker vård 2019

- Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara ≤ 5,0 %, vid punktprevalens mätning
- Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) ska vara ≤ 7,5%
- Uttagna antibiotikarecept/1000 listade patienter inom husläkarverksamheter ska vara ≤ 158
- Andelen patienter som träffar samma läkare/behandlare (kontinuiteten) ska öka
- Kvalitetsindex ska vara ≥ 50%.

SLSO:s resultatenheter fortsätter under 2019 det långsiktiga och tålmodiga förbättringsarbetet inom för respektive verksamheter relevanta patientsäkerhetsområden, såsom avvikelsehantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering, riskanalys, VRI, följsamhet till basala hygien- och klädregler, läkemedel, trycksår, undernäring, fall, suicidprevention och informationsöverföring och kommunikation internt och externt.