



Patientsäkerhetsberättelse **2015** för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)



Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| SLSO som vårdgivare och organisation | 4 |
| Sammanfattning | 5 |
| 1. Ansvarsfördelning och egenkontroll..... | 8 |
| 2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året | 10 |
| 2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI)..... | 10 |
| 2.2 Läkemedel..... | 12 |
| 2.3 Riskinventering och riskhantering | 16 |
| 2.4 Avvikelsehantering | 17 |
| 2.5 Hantering av klagomål och synpunkter | 18 |
| 2.6 Utredning av vårdskador..... | 20 |
| 2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året..... | 23 |
| 3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s vårdgrenar | 25 |
| 3.1 Primärvård | 25 |
| 3.2 Psykiatri..... | 28 |
| 3.3 Geriatrik och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)..... | 33 |
| 3.4 Rehabilitering och Hälsa..... | 34 |
| 3.5 Stockholms syncentral..... | 35 |
| 3.6 Hjälpmedel Stockholm | 35 |
| 3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) | 36 |
| 4. Övergripande strategier och mål för 2016 och kommande år..... | 36 |

Patientsäkerhetsberättelse 2015 för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

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

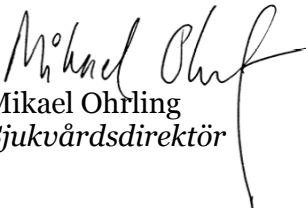
Vi samverkar med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.


I slutet av 2015 hade Stockholms läns sjukvårdsområde 123 resultatenheter (RE) som bedrev hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, beroendevård, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet och syncentral. Forskning och utveckling bedrivs vid särskilda resultatenheter inom respektive vårdgren och inom folkhälsa.

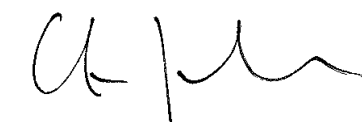
Vår vision är **”Rätt vård när och där du behöver”** och vår värdegrund är **”Patientens fokus, allas lika värde och arbetsglädje”**.


De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering, inom vilket risker beträffande läkemedelsadministrering dominerar.

Det strukturerade och systematiska patientsäkerhetsarbetet inom SLSO bygger på vårt sammanhållna och sedan 2013 certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö.


Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör


Stefan Kallström-Jansson
Chefläkare


Sten Jacobson
Chefläkare


Elizabet Haking
Chefläkare

SLSO som vårdgivare och organisation

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

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



SLSO bedriver verksamhet i hela Stockholms län förutom Norrtälje kommun.

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

SLSO består av 123 resultatenheter fördelat på

- Vårdcentraler: 67 resultatenheter
- Närakuter/Lättakuter: 6 resultatenheter
- Övrig primärvård (MVC, UM, BVC, Rehab mm): 19 resultatenheter
- Geriatrik: 3 resultatenheter
- Avancerad sjukvård i hemmet ASIH: 2 resultatenheter.
- Vuxenpsykiatri: 5 resultatenheter
- Länsakut för vuxenpsykiatri: 1 resultatenheter
- Rättspsykiatri: 1 resultatenheter
- Barn-och ungdomspsykiatri: 1 resultatenheter
- Beroendevård: 1 resultatenheter
- Stockholms centrum för ätstörningar: 1 resultatenheter
- Habilitering & Hälsa: 1 resultatenheter
- Hjälpmedelscentral: 1 resultatenheter
- Syncentral: 1 resultatenheter
- Centrum för folkhälsa: 3 resultatenheter
- Akademiskt primärvårdscentrum: 1 resultatenheter
- Centrum för psykiatriforskning: 1 resultatenheter
- Geriatrikens forskningsenhet: 1 resultatenheter
- Akademiska vårdcentraler: 6 resultatenheter
- Kostenhet: 1 resultatenheter
- Ledning, centralt verksamhetsstöd och service

Sammanfattning

Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet har liksom tidigare år lagts på förbyggande insatser i form av riskrapportering, riskanalyser, riskbedömning avseende trycksår och fallrisk, riskbedömning för suicid och läkemedelsgenomgångar. Arbetet har också inriktats mot förbättrad avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel, undernäring, och informationsöverföring. Vissa resultatenheter har under året ökat rapporteringen av risker och avvikelser, andra har minskat. Det totala antalet rapporterade risker och avvikelser har planat ut och har de tre senast åren legat på samma nivå. Positivt är att handläggningstiden av rapporterna har blivit betydligt kortare jämfört med 2014. En central del i patientsäkerhetsarbetet har under året varit att genom riskanalys identifiera och värdera risker i vården, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna innan patienter kommer till skada. Vid mätning av patientsäkerhetskulturen med den nationella patientsäkerhetskulturenkäten 2014 hade SLSO, med få undantag, ett resultat som var bättre än riket. Resultatenheter har under året arbetat med att genomföra förbättringar utifrån mätningen av patientsäkerhetskulturen samt inom de för verksamheten viktigaste patientsäkerhetsområdena.

Klagomål och anmälningsärenden från patienter är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Antalet till SLSO inkomna klagomål via Patientnämnden har ökat med 15 %. Psykiatri står för ökningen medan klagomål som rör primärvård minskat något. Inom geriatrik är antalet klagomål jämförelsevis få.

Klagomålsärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har totalt ökat med 39 %. Ärendena har ökat inom psykiatri och primärvård men minskat något inom geriatrik. IVO har i 16 % av klagomålsärendena avslutat ärendet med kritik.

Psykiatrien dominerar när det gäller antal lex Maria ärenden, huvudsakligen handlar det om självmord eller självmordsförsök. Det totala antalet lex Maria anmälningar inom SLSO har minskat med 17 %, från 150 år 2014 till 124 år 2015. För minskningen står framför allt psykiatrien. Inom primärvården ökade antalet lex Maria anmälningar marginellt.

Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2015

Förbättrad rapportering av risker i vården.

- Mål: Minst 50 % av SLSO:s resultatenheter ska rapportera 40 % eller fler riskrapporter av totala antalet risk och avvikelserapporter avseende vård.
- Resultat: 35 % av SLSO:s resultatenheter nådde målet.
- Kommentar: Trots att stort fokus 2015 har varit på risker i vården uppnåddes inte målet.

Strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete

- Mål: Samtliga resultatenheter inom SLSO ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet.
- Resultat: Kan inte redovisas (se kommentar).
- Kommentar: Resultat kan inte redovisas då metod att mäta målet saknas. För 2016 kvarstår detta patientsäkerhetsmål.

Ökad kompetens beträffande patientsäkerhet

- Mål: Inom minst 80 % av SLSO:s resultatenheter ska 70 % eller mer av medarbetarna genomgått SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet.
- Resultat: Kan inte redovisas (se kommentar).
- Kommentar: Vid årsbokslutuppföljningar med verksamhetschefer rapporteras att många verksamheter har genomfört e-utbildningen i grupp och att medarbetarna då inte har registrerat e-utbildningen på SLL:s portal för utbildning "Lärtorget". "Lärtorget" kan inte heller redovisa antalet genomförda e-utbildningar per resultatenhet. Resultat för målet är p.g.a. detta inte möjligt att redovisa.

Förbättrad antibiotikaförskrivning

- Mål: Mindre än 172 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Resultat: 169 uttagna antibiotika recept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Kommentar: Målet uppnåddes och därmed minskade antibiotikaförskrivningen något under året. För att SLL ska uppnå det nationella målet för antibiotikaförskrivning (250 recept per 1000 invånare) måste arbetet med förbättrad och minskad förskrivning av antibiotika inom SLSO fortsätta.

Minskade vårdrelaterade infektioner (VRI) vid punktprevalens mätning våren 2015 (PPM VRI 2015).

- Mål: Sammantaget inom SLSO ska andel patienter med VRI vara högst 7 %.
- Resultat: 5,8 %.
- Mål: Inom geriatrisk slutenvård ska andel patienter med VRI vara högst 10 %.
- Resultat: 12,5 %.
- Mål: Inom psykiatrisk heldygnsvård ska andel patienter med VRI vara < än 1 %.
- Resultat: 0,28 %.

- **Kommentar:** Den sammantagna andelen patienter med VRI inom SLSO är jämförelsevis låg. Detta beror till största delen på att VRI är mindre förekommande inom psykiatrisk verksamhet. Inom geriatrisk slutenvård uppnåddes inte målet. Den tillämpade mätmetoden (punktprevalensmätning – PPM) innebär att resultatet för en enhet, klinik, vårdgren och även för SLSO sammantaget kan till stor del variera enbart slumpmässigt vid olika mättillfällen. Många vid mätningen registrerade VRI har inte uppkommit vid vård inom SLSO:s verksamheter, utan vid vård inom andra verksamheter.

Utveckling av patientsäkerheten inom SLSO

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Framgångsrikt och effektivt patientsäkerhetsarbete minskar antalet vårdskador och inte minst allvarliga vårdskador. Ett intensivt patientsäkerhetsarbete har under flera år bedrivits inom SLSO. Har patientsäkerhetsarbetet inom SLSO lett till att vårdskadorna har minskat? I nuläget finns inga helt tillförlitliga metoder att fortlöpande mäta och redovisa uppkomna vårdskador.

SLSO har ett elektroniskt risk- och avvikelserapporteringsystem (HändelseVis). I detta rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse. Varje vårdavvikelse bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten. Det är svårt att analysera och bedöma om en negativ händelse hade kunnat undvikas och sålunda per definition är en vårdskada enligt patientsäkerhetslagen. Det är dock rimligt att anta att ett antal av rapporterade negativa händelser som bedöms ha konsekvens för patienten också är vårdskador.

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

Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten skulle därmed kunna användas som ett indirekt- eller ersättningsmått på vårdskador. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i avvikelshanteringssystemet som betydande eller katastrofala. En andel av dessa negativa händelser kan antas vara vårdskador och t.o.m. allvarliga vårdskador. Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO bedöms vara så god att statistiken beträffande negativa händelser är tillförlitlig och jämförbar mellan åren.

Statistiken i tabell 1 2011-2015 visar de senast åren en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser med en något större ökning 2015 (från 38,3 % år 2014 till 45,1 % år 2015). Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser är relativt konstant med enbart en mindre ökning till 2015. Under förutsättning att de i tabell 1 redovisade måtten i tillräcklig grad speglar utvecklingen av vårdskador, tyder dessa på att frekvensen vårdskador och således patientsäkerheten är oförändrad.

Tabell 1. Utvecklingen 2011-2015 av antal och andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens för patienten och andel av samtliga negativa händelser med konsekvens för patienten.

| År | Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse) | Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter | Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens | Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser |
|------|--|--|---|--|
| 2011 | 5708 | 36,8 % | 240 | 4,2 % |
| 2012 | 6730 | 37,2 % | 301 | 4,5 % |
| 2013 | 7475 | 36,3 % | 336 | 4,5 % |
| 2014 | 7508 | 38,3 % | 338 | 4,5 % |
| 2015 | 7443 | 45,1 % | 347 | 4,7 % |

1. Ansvarsfördelning och egenkontroll

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Inom SLSO finns principiellt två lednings- och beslutsnivåer, förvaltnings-/sjukvårdsområdesledning samt resultatenhets-/verksamhetsledning. Den självständiga resultatenheten är den bärande organisatoriska principen för ledning- och styrning inom SLSO. 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, samordnande chefer och administrativa direktörer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören när det gäller övergripande medicinska- och patientsäkerhetsfrågor. Inom respektive resultatenhet ansvarar resultatenhets-/verksamhetschefen för patientsäkerheten. Denne bistås i patientsäkerhetsarbetet i större resultatenheter av patientsäkerhetssamordnare och på enhetsnivå patientsäkerhetsombud. I primärvårdens husläkarverksamhet har medicinsk ansvarig läkare oftast motsvarande funktion. Inom psykiatrin bistås verksamhetschef i patientsäkerhetsfrågor även av chefsöverläkare.

SLSO har ett gemensamt centralt verksamhetsstöd med enheter som hanterar strategiska frågor, övergripande ledningsfrågor och verksamhetsstödjande tjänster. En av dessa enheter är Verksamhetstöd patientsäkerhet (VSPS), i denna ingår chefläkar- och sjukhusapoteksfunktion. VSPS genomför patientsäkerhetsdialoger i verksamheterna, erbjuder planeringsdagskoncept med tema patientsäkerhet samt expert- och processtöd i risk och händelseanalyser. Enheten erbjuder också expertstöd i hygien-, läkemedel-, juridik-, informationssäkerhets- och arkivfrågor, stöd inför och efter tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Läkemedelsverket (LV), stöd i den lokala handläggningen av vårdskador och lex Maria ärenden samt anordnar utbildning i risk och händelseanalys.

En översyn av lednings- och stödprocesser inom SLSO genomfördes under året. Arbetet inleddes med en kartläggning och därefter vidtog beredning och överväganden. I slutet av året presenterades beslut och principer för ny organisation. Den presenterade principorganisationen kommer att konkretiseras, utvecklas och införas under 2016.

Egenkontroll och uppföljning

SLSO:s ledningssystem är sedan 2013 certifierat enligt ISO9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och OHSAS 18001 avseende arbetsmiljö. Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå visioner och mål, ge en tydlig styrning och vara ett stöd till chefer och medarbetare att nå uppsatta mål. Det ska vara ett stöd för verksamhetsutveckling, förebygga risker och systematiskt säkra god kvalitet och hållbarhet.

Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01).

Ledningssystemet innehåller beskrivningar av verksamhetsprocesser samt riktlinjer/rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet, miljö- och arbetsmiljökrav.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vårdprocesserna fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. Internkontrollen baseras på en övergripande riskanalys med identifierade riskområden. Utifrån riskanalysen fastställs en årlig internkontrollplan som följs upp bl.a. genom systematiska interna revisioner i resultatenheterna. Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhet fastställs i SLSO:s verksamhetsplan och styrkort. Varje resultatenhet tar utifrån dessa fram en verksamhetsplan och ett styrkort som också kan innehålla verksamhetsspecifika mål och mått. Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs upp systematiskt. Detta görs bl.a. genom avvikelser- och klagomålshantering, patientenkäter, patientdata, interna revisioner och årlig bokslutsuppföljning för samtliga resultatenheter. Resultaten analyseras av SLSO:s ledning och resultatenhetsledning och beslut tas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras enligt plan till uppdragsgivaren/beställaren, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inom SLL.

SLSO:s samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör en viktig utgångspunkt för det systematiska förbättringsarbetet.

SLSO:s verksamheter deltar i för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister. Data från dessa analyseras lokalt i verksamheten och ligger till grund för kvalitetsarbetet med syfte att nå ökad patientsäkerhet och medicinska resultatförbättringar.

2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året

SLSO:s styrelse har fastställt en långsiktig strategi för patientsäkerhetsarbetet som innebär att vårdskador elimineras, aktiv utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete. Under året har förbättringsarbetet fortsatt med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador.

De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering. Inom riskområdet läkemedelshantering är den dominerande risken läkemedelsadministrering.

Sammanhållen journalföring tillämpas inom journalsystemet TakeCare som används inom SLSO och flertalet andra vårdgivare inom SLL. Detta bidrar till att ge goda förutsättningarna för en patientsäker vård. Inom SLSO:s samtliga vårdgrenar pågår ett strukturerat utvecklings- och förbättringsarbete. Målet är att skapa standardiserade vårdprocesser och arbetssätt för olika behovs- och patientgrupper utifrån kunskap och evidens. Syftet är att förbättra vården och bättre möta och tillgodose patienternas vårdbehov. SLSO har under året fortsatt utvecklings- och förbättringsarbetet inom området strukturerade vårddata och informatik som bl.a. syftar till att förbättra tillgången till data för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetskulturen inom SLSO har mätts i samband med medarbetarenkäten. En av frågorna var ”Största risker för patienterna i det arbete som utförs på din arbetsplats?”.

Medarbetarna identifierade ett stort antal risker som kommer att ligga till grund för fortsatt patientsäkerhetsarbete på enheterna.

Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvarata klagomål och förbättringsförslag. SLSO har på central nivå regelbundna samverkansrådsmöten med pensionärsorganisationer och handikapporganisationer. SLSO:s chefläkare har medverkat i SLLs Patientsäkerhetskommitté, som under 2015 har haft fokusområdena VRI, läkemedel, patientsäkerhetskultur, patientsäkerhet vid psykisk sjukdom och kommunikation/informationsöverföring. Patientsäkerhetskommittén arrangerade SLLs patientsäkerhetsdagar som flera av SLSO:s verksamheter medverkade i.

2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI)

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

Grunden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är:

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

SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bl.a. informationskampanjer och återkommande interna mätningar/självskattningar. Sedan 2008 deltar slutenvården i de nationella Punkt Prevalens Mätningarna (PPM-VRI). Prevalensen av VRI (geriatrik och psykiatri) vid vårens mätning 2015 var 5,8 %. Andel VRI inom geriatrik var 12,5 % och psykiatri 0,28 %. Inom geriatrisk slutenvård vårdas en stor andel patienter med multipla riskfaktorer, såsom nedsatt immunförsvar, antibiotikabehandling, urinvägskatetrar, centrala infarter, operativa ingrepp eller andra hud- och mjukdelsskador vilket kan delvis förklara det relativt höga förekomsten av VRI i den vårdgrenen. Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

Basala hygienrutiner

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården genom att tillämpa basala hygienrutiner. God följsamhet till basala hygienrutiner, som beskrivs i ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19)” minskar vårdrelaterade infektioner. Dessa rutiner ska följas av all hälso- och sjukvårdspersonal vid samtliga vård och undersökningssituationer. Enkla och mycket effektiva rutiner som att inte bära klocka, ringar och andra smycken, tvätta händerna, använda handsprit både före och efter patientmöte samt vara rätt klädd vid patientmötet gör vården säkrare för patienten.

SLSO deltar i nationell PPM av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Om man följer dessa rutiner och regler minskar risken för smittspridning. Resultatet av PPM-BHK mätningen hösten 2015 visar att 57,7 % inom de geriatriska verksamheterna (66 % år 2014) samt 39,88 % inom de psykiatriska verksamheterna (43 % år 2014) tillämpade de basala hygienrutinerna på korrekt sätt i samtliga sju steg. Totalt inom SLSO har 73,06 % tillämpat basala hygienrutiner på ett korrekt sätt i alla steg.

SLSO har även genomfört en årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner inom psykiatri, primärvård, ASIH och geriatrik. Medarbetarna registrerade följsamhet till hygienrutinerna vid dagens första patientmöte. Drygt 50 % av medarbetare har svarat på enkäten. Svarsfrekvensen har ökat från 4940 år 2014 till 5322 år 2015 dvs. med 8 %.

I tabellen nedan redovisas 2015 års resultat av mätningen.

Tabell 2. Resultat av mätning av följsamheten till hygienrutiner 2015

| | ASIH | | Geriatrisk | | Primärvård | | Psykiatri | | Totalt SLSO | |
|--|------|------|------------|------|------------|------|-----------|------|-------------|------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 |
| Antal svar | 233 | 248 | 458 | 519 | 1940 | 2043 | 2309 | 2512 | 4940 | 5322 |
| Bär kortärmad arbetsdräkt | 97% | 98% | 99% | 98% | 95% | 93% | 51% | 53% | 85% | 86% |
| Utan ring, klocka eller armband | 94% | 96% | 99% | 98% | 91% | 90% | 57% | 61% | 85% | 86% |
| Använde handsprit före patientnära vårdarbete | 99% | 97% | 96% | 97% | 94% | 93% | 74% | 77% | 91% | 91% |
| Använde handsprit efter patientnära vårdarbete | 100% | 100% | 99% | 100% | 98% | 97% | 86% | 86% | 96% | 96% |

Följsamheten till basala hygienrutiner är i stort sett oförändrad vad gäller ASIH, Geriatrik och Primärvård. Inom Psykiatri är följsamheten marginellt förbättrad jämfört med föregående år, men följsamheten beträffande kortärmad arbetsdräkt (53 %) fortfarande är låg och 39 % har ring, klocka eller armband. I samtliga parametrar ligger psykiatri lägre än SLSO totalt. Städning av vårdlokaler är viktigt för att skapa god hygien och bidrar till att förebygga uppkomsten av VRI. De flesta verksamheter anlitar företag upphandlade av Locum som ska utföra städning enligt vårdhygienisk standard. En del verksamheter har egna anställda lokalvårdare som utför städning enligt samma standard. Kontroll av städningen av vårdlokalerna utförs regelbundet och systematisk.

2.2 Läkemedel

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

Dosförpackade läkemedel (ApoDos)

ApoDos är läkemedel förskrivna på dosrecept och förpackade i dospåsar, där varje påse innehåller de läkemedel som patienten tar vid ett och samma tillfälle. Fördelen med ApoDos är att patienten inte behöver hålla reda på vilka läkemedel som ska tas tillsammans och vid vilket tillfälle. Varje dospåse är märkt med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas. Dosförpackade läkemedel används för patienter i eget boende eller särskilda boenden, med många läkemedel och/eller svårigheter med hanteringen av läkemedel. Verktøyet Pascal är en

nationell webbaserad tjänst för förskrivning av dosförpackade läkemedel. Apoteket AB är upphandlad leverantör av ApoDos-tjänsten i SLL.

Slutenvårdsdos/ASIH-dos

Slutenvårdsdos är maskinell dosdispensering av läkemedel för slutenvård, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) eller annan vård där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Slutenvårdsdos effektiviserar läkemedelshandlingen samt ger en ökad patientsäkerhet. Beställning av slutenvårdsdos skickas från journalsystemet av läkare. Tabletter och kapslar förpackas för varje patient och doseringstillfälle i individuella dospåsar.

Användning av slutenvårdsdos leder till säkrare läkemedelshandling med färre läkemedelsrelaterade avvikelser, ökar sjuksköterskans möjlighet till omvårdnadsarbete och arbetsmiljön förbättras. Det leder även till färre antal läkemedel i läkemedelsförråden och därmed minskad kassation av läkemedel och mindre miljöpåverkan. Kostnaderna för läkemedel minskar eftersom man endast betalar för de läkemedel som används.

Slutenvårdsdos används av Jakobsbergsgeriatriken, där ytterligare två avdelningar har anslutit sig under hösten. En avdelning på Stockholmsgeriatriken, enheterna inom ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra och en psykiatrisk avdelning inom Psykiatri Södra använder också slutenvårdsdos.

SLL har upphandlat tjänsten maskinell dosdispensering av läkemedel, slutenvårdsdos, och tecknat avtal med ApoEx. Avtalet trädde i kraft 15 september 2015.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

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

Tabell 3. Antal risker och avvikelser gällande läkemedel rapporterade i avvikelshanteringssystemet HändelseVis under 2015 jämfört med 2014.

År 2015 förändrades klassificeringen i HändelseVis, därför kan inte jämförelser göras fullt ut med föregående år.

| | Risk | | Tillbud | | Negativ händelse | |
|-----------------------|------|------|---------|------|------------------|------|
| | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 |
| Administrering | 132 | 103 | 287 | 302 | 216 | 203 |
| Övrigt, läkemedel | 141 | 98 | 139 | 95 | 96 | 26 |
| Ordination | 117 | 129 | 130 | 141 | 65 | 57 |
| Läkemedelsförsörjning | 57 | 32 | 41 | 19 | 14 | 9 |
| Kontroll | 31 | - | 20 | - | 2 | - |
| Läkemedelgenomgång | 17 | - | 23 | - | 4 | - |
| Produkt | 7 | - | 11 | - | 4 | - |
| Antal registrerade | 502 | | 651 | | 401 | |

Kloka Listan

All läkemedelsbehandling ska ha som mål att vara säker och effektiv för patient och personal samt ge så liten miljöpåverkan som möjligt. Kloka Listan tas fram av Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) och dess 21 expertråd som rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar. Rekommendationerna är baserade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Följsamheten till rekommendationerna på listan följs upp på substansnivå och mäts med DU90 % som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). Följsamheten påverkas inte av vilket generiskt preparat som förskrivits eller expedierats.

Följsamheten till Kloka Listan inom husläkarverksamheten ligger på en fortsatt hög nivå 91 % oförändrad från 2014, samt geriatriken 87 % (86 % år 2014). För psykiatri (vuxenpsykiatri, beroendevård, Stockholms Centrum för Ätstörningar och rättspsykiatri) mäts följsamheten till Kloka Listan med tillägg för specialiserad vård. Där har följsamheten höjts för psykiatri till 80 % (73 % år 2014). För BUP (Barn- och ungdomspsykiatri) är följsamheten till Kloka Listan, med tillägg för specialiserad vård, 84 % (83 % år 2014).

Antibiotikaförskrivning

Eftersom antibiotika använts i så stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot antibiotikan, så kallad resistens. Antibiotika ska endast ges på korrekt indikation och med korrekt dosering och patienten kan undvika biverkningar och resistensutveckling. Användningen har medfört nya problem i form av att multiresistenta bakterier, som producerar så kallade ESBL (extended spectrum beta-lactamases), som ökar i omfattning. Samverkan mot antibiotikaresistens inom Landstinget (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska resistensutvecklingen. Dessa handlar i första hand om att avstå från antibiotikabehandling. Vid valet av antibiotika ska även hänsyn tas till behandlingstid och miljö.

Den nationella patientsäkerhetsstrategins mål är att minska antibiotikaförskrivningen till 250 antibiotikarecept per 1000 invånare. Förskrivning av antibiotika minskade med 2 % i Stockholms län under 2015, från 359 till 352 antibiotikarecept per 1000 invånare och år, men är fortfarande högst i landet. Husläkarverksamheterna i SLL står för mindre än hälften av alla uthämtade antibiotikarecept. Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet/vårdcentraler har minskat från 172 recept (2014) till 169 (2015) recept per 1000 listade patienter.

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion

Urinvägsinfektion (UVI) är en vanlig infektion och cirka 10-15 % av antibiotikaförskrivningen inom husläkarverksamhet sker på den indikationen. Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är vanligaste diagnosen och svarar för 65 procent av alla urinvägsinfektioner i primärvården. Behandlingstidens längd vid nedre urinvägsinfektion hos kvinnor är 3-5 dygn hos >80 procent av kvinnorna, jämfört med drygt 20 procent år 2005. Rekommendationerna om kortare behandlingstid har slagit igenom, vilket är mycket positivt.

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 antibiotikabehandlingen vid UVI.

Urinvägsantibiotika till kvinnor i SLL har totalt minskat med 1,2 % senaste året. Andelen kinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor låg på 12,6 % under 2015. En oförändrad nivå sedan 2014. Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s husläkarverksamhet/vårdcentraler är fortsatt hög och uppnår STRAMA:s mål.

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

| | 2014 | 2015 |
|--------------------|------|------|
| Riket | 87% | 87% |
| SLL vårdcentraler | 94% | 93% |
| SLSO vårdcentraler | 93% | 93% |

Antibiotikabehandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion

Vid övre luftvägsinfektioner är det av stor betydelse att fastställa om det är en bakteriell infektion som kräver antibiotikabehandling eller inte. Förstahandsval vid antibiotikabehandling är PcV. Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0-6 år med luftvägsinfektion är att andelen som behandlas med penicillin V (PcV) bör vara större än 80 procent. Andelen PcV av luftvägsantibiotika till barn i Stockholms län låg på 66 % under 2015. En oförändrad nivå jämfört med 2014. Den totala användningen av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år i SLL minskade med 8 % under 2015. Inom SLSO:s husläkarverksamheter/vårdcentraler ses en fortsatt svag ökning av PcV till barn från 2014 till 2015.

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

| | 2014 | 2015 |
|--------------------|------|------|
| Riket | 69% | 69% |
| SLL vårdcentraler | 74% | 75% |
| SLSO vårdcentraler | 76% | 77% |

Läkemedelsgenomgång

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 långvarig läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. En säker läkemedelsbehandling innebär att patienten får en individuellt anpassad behandling utifrån diagnoser där hänsyn har tagits till bl.a. patientens ålder, organfunktion, biverkningar och läkemedel som kan påverka varandra. Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt socialstyrelsens föreskrifter, (SOSFS 2012:9) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, i enkla respektive fördjupade läkemedelsgenomgångar. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Hos patienter som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem, eller där det finns en misstanke om sådana problem, utförs en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Tabell 6. Fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts inom respektive verksamhetsgren enligt tabellen nedan

| Antal genomföda läkemedelsgenomgångar (fördjupade) 2015 | Antal |
|---|-------|
| Psykiatri | 6733 |
| Geriatrisk | 1068 |
| Primärvård | 12020 |
| Totalt | 19821 |

Läkemedelsförsörjning.

Alla vårdenheter beställer rekvisitionsläkemedel via de upphandlade leverantörerna apoteket ApoEx och Apotek Produktion & Laboratorier (APL) samt använder beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. Beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering).

Avregleringen av apoteksmarknaden har medfört ändring av föreskriften som reglerar läkemedelsförsörjningen inom sjukvården. Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter är vårdgivaren skyldig att ha en sjukhusapoteksfunktion. Ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion har sjukvårdsdirektören. I sjukhusapoteksfunktionen ingår även chefläkare, överläkare, farmaceut, verksamhetschefer/resultatenhetschefer samt ansvariga för läkemedelstransporter. Sjukhusapoteksfunktionen samordnar, stödjer, följer upp och bistår resultatenheter/verksamheter med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via mail, telefon och intranät. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i landstingen.

Övrigt inom läkemedelsområdet

Inom SLSO finns en läkemedelsgrupp som diskuterar och följer upp övergripande frågor inom läkemedelsområdet. SLSO har en representant i den Centrala gaskommittén inom SLL. Den upphandlade tjänsten Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, som kan avropas från leverantören Apoteket AB har använts av 109 enheter inom SLSO under 2015. En SLL övergripande upphandling av läkemedelsautomater, där SLSO deltar, har startat under året.

2.3 Riskinventering och riskhantering

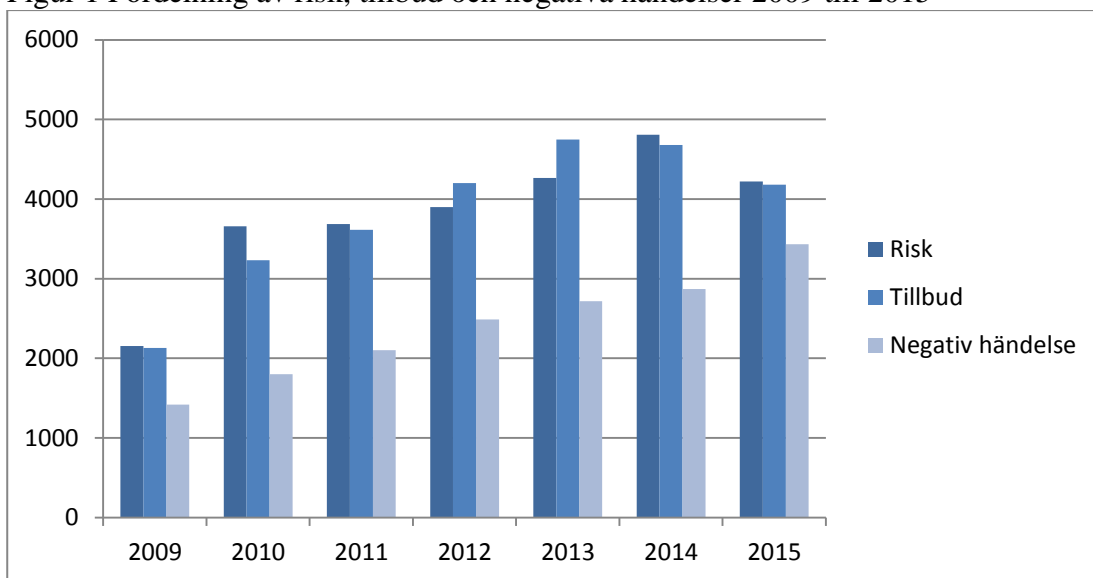
Riskinventering sker på fler olika sätt på enheterna inom SLSO. Ett sätt är att granska riskrapporterna i HändelseVis. Drygt en tredjedel av rapporterna i HändelseVis utgörs av risker. Under 2015 har risker kopplade till dokumentation/informationsöverföring dominerat, speciellt avseende information i vårdens övergångar. Risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också stora kategorier. Risker diskuteras på arbetsplatsträff (APT), i riskronder, ledningsgrupper och möten inom yrkesgrupper samt inventeras systematiskt på planeringsdagar.

Riskhanteringen sker genom att medarbetare uppdras att utreda och komma med förslag till åtgärder för att eliminera alternativt minimera risken. Hanteringen av risker sker också genom systematiska riskanalyser enligt Socialstyrelsens etablerade modell i samband med större förändringar i verksamheterna. SLSO:s styrelse gör årligen en övergripande riskinventering och riskanalys som ligger till grund för internkontrollplanen.

2.4 Avvikelsehantering

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för avvikelsehantering. Risker och avvikelser rapporteras i HändelseVis som möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar inom SLL. Handläggningen av rapporter skiljer sig mellan verksamheter. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter t.ex. inom en psykiatrisk eller geriatrisk klinik sker en första analys av rapporten av närmaste chef som vidarebefordrar rapporten till en patientsäkerhetsgrupp som har uppgiften att granska, godkänna eller komplettera de aktuella åtgärdsförslagen. Beslutade åtgärder följs sedan upp. Det finns förbättringsutrymme när det gäller uppföljning av åtgärder. HändelseVis har goda möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker på APT, samverkansgrupper och ledningsgrupper.

Figur 1 Fördelning av risk, tillbud och negativa händelser 2009 till 2015



Andelen risker är relativt konstant sedan 2010. Andelen och antalet negativa händelser har årligen ökat, se figur 1. Kunskapen ökar om att risker är generella och inte bundna till person. Riskronder/riskinventeringar dokumenteras inte alltid i HändelseVis.

Risk- och avvikelserrapportering skiljer sig åt mellan vårdgrenar. Detta beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur.

Tabell 7. Procentuell fördelning av risk, tillbud och negativ händelse mellan olika vårdgrenar.

| | Risk | Tillbud | Negativ händelse |
|----------------------------|------|---------|------------------|
| ASIH | 34 % | 41 % | 25 % |
| Barn- och ungdomspsykiatri | 25 % | 48 % | 27 % |
| Geriatrisk | 22 % | 38 % | 40 % |
| Habilitering | 34 % | 31 % | 35 % |
| Primärvård | 38 % | 35 % | 27 % |
| Psykiatri | 42 % | 32 % | 26 % |

Geriatrikens höga andel negativa händelser beror i första hand på fallskador som trots intensiva förebyggande insatser är svåra att förhindra.

Den dominerande orsaken till rapporterade händelser är att procedurer (tillvägagångssätt), rutiner och riktlinjer inte har följts (46 %), se tabell 8. Brister i kommunikation/information är den näst vanligaste orsaken. Flera verksamheter arbetar därför med att systematisera sättet på vilket man kommunicerar.

Tabell 8. Procentuell fördelning av orsaker under 2013- 2015

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|------|------|------|
| Procedurer, rutiner eller riktlinjer | 44 % | 43 % | 46 % |
| Kommunikation/information | 26 % | 29 % | 27 % |
| Omgivning | 10 % | 10 % | 8 % |
| Utbildning och kompetens | 6 % | 6 % | 6 % |
| Barriärer och skydd | 6 % | 7 % | 6 % |
| Teknik, utrustning och apparatur | 7 % | 6 % | 5 % |
| Brist på vårdplatser | 1 % | 2 % | 2 % |
| Extern avvikelse orsaksbedömning sker inte inom SLSO | 15 % | 11 % | 11 % |

2.5 Hantering av klagomål och synpunkter

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

Ett mål för SLSO är att på bästa möjliga sätt tillgodose våra patienters behov och förväntningar på bemötande, vård och behandling. Patienten eller närstående har alltid möjlighet att lämna synpunkter eller klagomål på utförd vård som är en källa till information som värdesätts och tas omhand av verksamheten. Klagomål och synpunkter hanteras i första hand inom berörd verksamhet. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns lokala rutiner för hantering av inkomna klagomål och synpunkter som ska analyseras, åtgärdas och följas upp. Vidtagna åtgärder ska förhindra att liknande händelse inträffar igen. Ärendet och vidtagna åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare inom berörd verksamhet, andra som varit involverade i händelsen och berörd patient och närstående. Analys och uppföljning av klagomål och synpunkter sker regelbundet inom verksamheten i olika forum t.ex. på arbetsplatsträffar (APT), ledningsgruppsmöten och i samverkansgrupper. Totalt antal klagomål som inkom till IVO 2015 uppgick till 296. Av samtliga inkomna beslut har IVO i 47 fall (16 %) avslutat ärendet med kritik. Under 2015 har det centralt till SLSO också inkommit 31 registrerade synpunkter och klagomål.

Patienter/närstående informeras att de kan vända sig till Patientnämnden (PaN) med synpunkter och klagomål eller göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt vända sig till LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag.

Årligen genomförs patientenkäter där patienter kan lämna synpunkter vilket är ett bra underlag för verksamheternas förbättringsarbete.

Klagomål och synpunkter till Patientnämnden (PaN)

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans med en egen förvaltning. Personalen har bred kompetens och erfarenhet att hantera klagomål och synpunkter från olika delar av vården. Förvaltningen handlägger ärenden som rör administration, behandling, bemötande, ekonomi, information, juridik, omvårdnad, samverkan och tillgänglighet m.m.

Patientnämnden ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Inkomna ärenden klassificeras av PaN i olika klagomålskategorier. PaN-ärenden innehåller viktig information som utgör underlag för vårdens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Samtliga klagomål och synpunkter delges verksamhetschef eller motsvarande. PaN handlägger en del av klagomålen själva och övriga skickas till SLSO för handläggning. Chefläkarna granskar till SLSO inkomna patientnämndsärenden. Tabellen nedan visar antalet ärenden per vårdgren som anmälts till PaN och handlagts av chefläkare.

Tabell 9. Antal ärenden från PaN

| | 2014 | 2015 |
|----------------|------|------|
| Geriatrik/ASIH | 15 | 14 |
| Primärvård | 206 | 211 |
| Psykiatri | 172 | 244 |
| Övriga | 9 | 7 |
| SLSO totalt | 402 | 476 |

Totalt antal ärenden från PaN har ökat med 18 % under 2015. Antalet patientärenden till Patientnämnden gällande psykiatri har under 2015 ökat med 42 %. En marginell ökning av antal ärenden med 2 % noteras inom primärvård. Geriatriken och ASIH är antal ärenden i stort

sett oförändrad. Klagomålen handlar om behandling, bemötande, information, remisshantering, undersökning/utredning, tillgänglighet inom alla vårdgrenar samt ekonomi.

Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO hanterar inkomna klagomål från patienter mot hälso- och sjukvården och dess personal. Berörd verksamhetschef får klagomålet för handläggning. Innan begärda handlingar skickas till IVO, granskas de av chefläkare. Tabellen nedan visar antal klagomålsärenden per vårdgren som anmälts till IVO under 2015. Antalet klagomålsärenden till IVO har ökat med 87 (42 %). Anmälningar/klagomål om fel i vården handlar om informations- och kommunikationsbrister, dåligt bemötande, önskemål om vård och behandling, felaktig/missad diagnos, missad vård och behandling, förskrivning av läkemedel, läkemedelsbehandling m.m.

Tabell 10. Antal ”klagomål” till IVO per vårdgren

| Vårdgren | 2014 | 2015 |
|----------------|------|------|
| Geriatrik/ASIH | 20 | 14 |
| Primärvård | 84 | 126 |
| Psykiatri | 114 | 156 |
| Övriga | 1 | 0 |
| SLSO totalt | 219 | 296 |

Patientförsäkringen LÖF

Patientskadlagen (SFS 1996:799) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. LÖF försäkrar landstingen gentemot patienter som skadas i samband med hälso- och sjukvård. En patient som anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid ska göra en skadeanmälan till LÖF. För att få ersättning från patientförsäkringen måste skadan ha gått att undvika. Under 2015 registrerades centralt inom SLSO 30 anmälningsärenden till Patientförsäkringen LÖF (26 st. år 2014).

2.6 Utredning av vårdskador

Under 2015 har 3449 negativa händelser registrerats i HändelseVis, se tabell 11, vilket hittills är det högsta antalet rapporterade negativa händelser.

Tabell 11. Andel risk, tillbud och negativ händelse

| | Risk | Tillbud | Negativ händelse |
|------|--------|---------|------------------|
| 2012 | 36,8 % | 39,7 % | 23,5 % |
| 2013 | 36,4 % | 40,5 % | 23,1 % |
| 2014 | 38,9 % | 37,8 % | 23,3 % |
| 2015 | 35,7 % | 35,4 % | 28,9 % |

Som framgår av tabell 12 är det små förändringar i fördelningen av konsekvens.

Tabell 12. Fördelning av konsekvens vid negativ händelse

| | Katastrofal | Betydande | Måttlig | Mindre | Ingen | Går ej att bedöma | Antal reg |
|-----------|-------------|-----------|---------|--------|-------|-------------------|-----------|
| 2012 | 6,47% | 5,57% | 21,66% | 39,87% | 6,78% | 19,58% | 2488 |
| 2013 | 5,74% | 6,59% | 22,61% | 40,80% | 6,15% | 18,11% | 2716 |
| 2014 | 5,92% | 5,92% | 21,78% | 42,34% | 4,87% | 19,16% | 2974 |
| 2015 | 5,13% | 5,22% | 21,54% | 42,53% | 6,44% | 19,14% | 3449 |
| Antal reg | 664 | 667 | 2522 | 4784 | 700 | 2190 | 11527 |

Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens, se tabell 13 gäller huvudsakligen psykiatri och beroendevård och handlar i de flesta fall om självmord och oväntat dödsfall. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om behandling/omvårdnad och dokumentation/informationsöverföring.

Tabell 13. Klassificering och konsekvenser av negativa händelser under 2015

| | Katastrofal | Betydande | Måttlig | Mindre | Ingen | Går ej att bedöma | Antal reg |
|---|-------------|-----------|---------|--------|-------|-------------------|-----------|
| Behandling/omvårdnad | 13 | 52 | 152 | 219 | 21 | 125 | 582 |
| Utredning/bedömning/diagnos | 3 | 16 | 38 | 41 | 6 | 35 | 139 |
| IT/teknik/MT | 3 | 1 | 6 | 25 | 2 | 14 | 51 |
| Regelverk/juridik | 1 | 6 | 22 | 19 | 1 | 8 | 57 |
| Tillgänglighet | 1 | 4 | 41 | 81 | 6 | 58 | 191 |
| Dokumentation/informationsöverföring | 5 | 23 | 94 | 200 | 47 | 138 | 507 |
| Läkemedel | 3 | 17 | 78 | 177 | 38 | 94 | 407 |
| Vårdhygien | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 3 | 11 |
| Destruktiva/självd destruktiva handlingar | 45 | 16 | 71 | 44 | 1 | 13 | 190 |
| Oväntat dödsfall | 79 | 0 | 1 | 1 | 0 | 11 | 90 |
| Bemötande | 1 | 8 | 20 | 33 | 2 | 17 | 81 |
| Hot och Våld | 4 | 6 | 33 | 31 | 1 | 11 | 86 |
| Patientolycksfall | 15 | 19 | 105 | 542 | 93 | 45 | 729 |
| Externa avvikelser, har ej HändelseVis | 3 | 11 | 82 | 139 | 4 | 90 | 329 |
| Antal registreringar | 177 | 180 | 744 | 1467 | 222 | 660 | 3450 |

Självmord i samband med vård och behandling medför alltid lex Maria anmälan som åtföljs av verksamhetschefens interna utredning och i vissa fall händelseanalys. Under 2015 har cirka trettio händelseanalyser genomförts. Analyserna genomförs med något undantag inom respektive resultatenheter/verksamhet. Utöver självmord, självmordsförsök och oväntat dödsfall har händelseanalyserna handlat om läkemedelsförväxlingar, informationsöverföring, fallskador, infektion, dokumentation, sjuktransport och tvångsätgärder.

Tabell 14. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren

| IVO lex Maria | | | |
|---------------|------|------|------|
| | 2013 | 2014 | 2015 |
| Psykiatri | 71 | 111 | 83 |
| Primärvård | 37 | 34 | 38 |
| Geriatrik | 1 | 5 | 2 |
| Övriga | 1 | 0 | 1 |
| SLSO totalt | 110 | 150 | 124 |

Jämfört med 2014 har antalet lex Maria anmälningar totalt för SLSO 2015 minskat från 150 till 124. Minskningen av anmälningar 2015 har skett inom psykiatrin från 111 anmälningar 2014 till 83 anmälningar 2015. Detta bedöms bero på en återgång till antalet anmälningar under tidigare år. Bakgrunden till ökningen inom psykiatrin 2014 bedöms bero på förändrade handläggningsrutiner. Anmälningarna domineras av självmord.

Antalet lex Maria anmälningar inom primärvården är något fler än 2014, men ligger i stort sett på samma nivå sedan 2013. Anmälningarna dominerades av brister i diagnostik och utredning.

2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året

Skydd mot vårdskada är målet för patientsäkerhetsarbete. Det enda sätt SLSO idag kan mäta förekomsten av vårdskada är de negativa händelser som rapporteras i HändelseVis.

Internationella studier visar att registreringen av avvikelser är bristfällig även i organisationer vars säkerhetsarbete lyfts fram som förebildligt. Det är angeläget att hitta mer tillförlitliga mått på förekomsten av vårdskador.

Tabell 15. SLSO:s övergripande indikatorer, mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2015

| | Förbättrad risk- och avvikelserapportering | Strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete | Ökad kompetens beträffande patientsäkerhet | Förbättrad antibiotikaförskrivning | Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalensmätning |
|----------|--|--|--|--|---|
| Mål | 50 % ⁽¹⁾ | 100 % ⁽²⁾ | 80 % ⁽³⁾ | Mindre än 172 uttagna antibiotikarecept ⁽⁴⁾ | Högst 7 % ⁽⁵⁾ |
| Resultat | 35 % av SLSO:s resultatenheter nådde målet | Kan inte redovisas | Kan inte redovisas per resultatenhet | 169 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom husläkarverksamhet | 5,8 % |

(1) Minst 50 % av SLSO:s resultatenheter ska rapportera 40 % eller fler risker beträffande vård i risk- och avvikelshanteringssystemet HändelseVis av det totala antalet rapporter under de senaste 12 månaderna

(2) Samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet.

(3) Inom minst 80 % av resultatenheter ska 70 % eller mer av medarbetarna genomgåt SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet

(4) Mindre än 172 uttagna antibiotikarecept per 1000 listad inom SLSO:s husläkarverksamheter

(5) Sammantaget inom SLSO ska andelen patienter med vårdrelaterade infektioner (VRI) vid punktprevalens mätning våren 2015 vara högst 7 %

Mål inom geriatrisk slutenvård högst 10 %

Resultat 5,8 %

Mål inom psykiatrisk heldygnsvård mindre än 1 %

Resultat 0,28 %

Tabell 16. Utvecklingen 2011-2015 av antal och andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens för patienten och andel av samtliga negativa händelser med konsekvens för patienten.

| År | Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse) | Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter | Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens | Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser |
|------|--|--|---|--|
| 2011 | 5708 | 36,8 % | 240 | 4,2 % |
| 2012 | 6730 | 37,2 % | 301 | 4,5 % |
| 2013 | 7475 | 36,3 % | 336 | 4,5 % |
| 2014 | 7508 | 38,3 % | 338 | 4,5 % |
| 2015 | 7443 | 45,1 % | 347 | 4,7 % |

Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i avvikelshanteringssystemet som betydande eller katastrofala. En stor andel av dessa negativa händelser bör vara vårdskador och t.o.m. allvarliga vårdskador.

Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten skulle kunna användas som ett indirekt mått på vårdskador. Statistiken i tabell 16 visar de senast tre åren en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser med en något större ökning 2015. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser är relativt konstant med enbart en mindre ökning till 2015. Under förutsättning att de i tabell 16 redovisade måtten i tillräcklig grad speglar utvecklingen av vårdskador, tyder dessa på att frekvensen vårdskador och således patientsäkerheten är oförändrad.

Patientsäkerhetskultur

Säker vård förutsätter en god patientsäkerhetskultur som i sin tur förutsätter att ledningen på alla nivåer bedriver ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla medarbetare. Säkerhetsmedvetandet har stor betydelse för hur risker som patienter kan utsättas för hanteras. Kulturen i en organisation formas av de värderingar och normer som finns i organisationen. Patientsäkerhetskultur kan beskrivas som de förhållningssätt och attityder, hos individer och grupper inom en vårdenhet, som har betydelse för patientsäkerheten. Den kan mätas på olika sätt med exempelvis enkäter till medarbetarna eller med följsamhet till vårdprogram och riktlinjer. Inom SLSO har den nationella patient-säkerhetskulturenkäten genomförts vid två tillfällen år 2011 och år 2014. I den årliga medarbetarenkäten finns 11 frågor om patientsäkerhet, svaren på dessa blir ett av underlagen för chefernas planering av enhetens patientsäkerhetsarbete det kommande året.

3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s vårdgrenar

3.1 Primärvård

SLSO:s primärvårdsenheter/resultatenheter har ett eller flera av följande avtalade uppdrag: husläkarverksamhet och basal hemsjukvård, barnhälsovård (BVC), vård vid barnmorskemottagning/mödravårdscentral (BMM/MVC), barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM), ungdomsmottagning (UM), lättakut- och närakutverksamhet, logopedverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, primärvårdsrehabilitering inklusive specialiserad rehabilitering, psykosociala insatser i primärvård, fotsjukvård, hälsomottagningar, kost- och nutritionsverksamhet, asylmottagningar, akademiska vårdcentraler (AVC) samt uppdraget avseende barn och vuxna med psykisk ohälsa. Från och med 2008 gäller Vårdval och auktorisation inom de flesta delar av primärvården i SLL. Asylmottagningar har fått utökad uppdrag med anledning av ökad tillströmning av asylsökande och ensamkommande flyktingbarn.

SLSO:s primärvårdsverksamheter har stor geografisk spridning över länet och är olika stora, antalet listade patienter på vårdcentraler varierar mellan 3341 och 30354. Patientsäkerhetsarbetet är en naturlig del av den dagliga verksamheten och utgör en viktig del av verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. Patientsäkerhetsrisker bedöms utifrån avvikelserapportering och förbättringsförslag i HändelseVis, patientenkäter, patientsäkerhetskulturmätningen, lämnade klagomål och synpunkter till verksamheten, anmälningar till Patientnämnden, klagomål till IVO, medarbetarenkäter, riskronder och egenkontroll samt interna och externa revisioner. Verksamheterna genomför systematisk och kontinuerligt patientenkäter för att fånga patienternas iakttagelser och synpunkter som ett led i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Flera av verksamheterna följer regelbundet vissa parametrar t.ex. MRSA, VRI, trycksår, fall hos hemsjukvårdspatienter, följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mm. Flera mottagningar har infört en web-tidbokning för att förbättra tillgängligheten. Alla resultatenheter har deltagit i Värde lyftet Framtidens primärvård och arbetsmiljölyftet, som båda är en del av Framtidens hälso- och sjukvård. Målet är att skapa gemensamma och evidensbaserade arbetssätt inom tre behovsgrupper (psykisk ohälsa, akut omhändertagande och sköra multisjuka) och fyra diagnosområden (diabetes/metabola syndrom, hjärta/kärl/stroke, astma/kol och smärta/leder). Under 2015 har ytterligare arbete startat med lokaler, ledarskap, Forskning/Utveckling/Utbildning (FoUU) samt levnadsvanor. I processarbetet har patient- och brukarorganisationer och fackliga representanter deltagit. Från 1 oktober 2015 har huvudmannskapet för hälso- och sjukvårdsinsatser för vårdtagare inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) gått över till kommuner. Förändringen gäller personer som bor i bostad med särskild service och insatser i daglig verksamhet enligt LSS. Läkarinsatserna kvarstår inom Landstinget.

Patientsäkerhetskultur

Primärvårdsverksamheterna har fortsatt arbeta med resultatet av patientsäkerhetskulturmätningarna. Utifrån resultatet har merparten av verksamheter arbetat med att förbättra överföring och överlämning av patientinformation, benägenhet att rapportera avvikelser, tillbud och negativa händelser.

Risker och avvikelser inom primärvården

Risk- och avvikelshantering är grunden för god och säker vård. De vanligaste riskerna som identifierats vid riskronder är informationsöverföring mellan olika vårdenheter, vårddokumentation, läkemedelshantering, hantering av läkemedel i hemsjukvården och remisshantering. Inom husläkarverksamheten görs en riskbedömning vid inskrivningen i hemsjukvården som omfattar bedömning av risken för undernäring, trycksår och fallrisk. Flertal av enheter har arbetat med att förbättra vårddokumentation, säkerställa Waran rutiner, omhändertagande av diabetes patienter m.m.

Rehabverksamheter har inom ramen av Värde lyftet e-Hälsa arbetat med förbättrad journaldokumentationen genom att ta fram och använda systemgemensamma mallar, ökad diagnosregistrering, KVÅ-kodning, användning av behandlingsplaner etc. Verksamhetsledningarna har utfört journalgranskning för att säkerställa följsamheten till rutiner för registrering och dokumentation.

Verksamheterna har väl fungerande lokala rutiner för klagomålshantering. Dessa klagomål tas regelbundet upp på APT, lokala ledningsmöten, samverkansmöten och ligger till grund för utvecklingsarbetet. HändelseVis används av 97 % av verksamheterna. Antal registrerade rapporter i HändelseVis har ökat under 2015 till 4030 från 3476 år 2014. Verksamheterna har årliga genomgångar av lokala rutiner t.ex. hygien, sticksador, sekretess, journaldokumentation, m.m.

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerheten och bistås ofta av medicinsk ansvarig läkare, patientsäkerhets ansvariga sjuksköterska, verksamhetsledning och samtliga medarbetare som är engagerade i patientsäkerhetsarbetet. Medarbetarna har beretts möjlighet att göra SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet antingen individuellt eller i grupp. Några vårdcentraler har upprättat egna patientsäkerhetsberättelser.

Beroende på verksamheternas storlek organiseras patientsäkerhetsarbetet olika. I större verksamheter har man patientsäkerhetsgrupper som består av representanter från olika yrkeskategorier som handlägger och analyserar rapporterade risker och avvikelser samt ger förslag till förbättringsåtgärder. Inom mindre verksamheter finns utsedda patientsäkerhetsombud/patientsäkerhetssamordnare. Rapporterade risker och avvikelser följs upp på APT, i samverkansgrupp och ledningsgrupp. Primärvårdsenheterna har organiserade nätverksträffar där patientsäkerhetsfrågor diskuteras. Patientsäkerhetsfrågor tas också upp på verksamhetschefsmöten, Rehabråd, i årliga uppföljningsmöten samt i SLSO:s ledningsgrupp.

Informationsöverföring och samverkan

Verksamheterna har under 2015 fortsatt sitt arbete med att säkra informationsöverföring mellan olika vårdgivare och samarbetspartners. Stor vikt har lagts på den interna kommunikationen inom respektive enhet. Enheterna har reviderat och förbättrat befintliga rutiner alternativt tagit fram nya. Verksamheterna samverkar med och har dokumenterade samverkansavtal med samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, primärvårdsrehabilitering, BVC, MVC, barnläkarmottagningar, kommuner/stadsdelar, ASIH, skolhälsovården, arbetsförmedling och försäkringskassan m.fl. Flera vårdcentraler/husläkarmottagningar, lättakuter och närakuter har väl fungerande samarbete med ambulanssjukvården. Primärvårdsrehabiliteringen har nära samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i sluten- och öppenvård, Stockholms syncentral m.fl.

Journaldokumentation

Korrekt journaldokumentation är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Inom alla vårdgrenar pågår ett gemensamt arbete med att utveckla och förbättra journaldokumentation genom systemgemensamma mallar i systemet TakeCare (TC). Syftet med gemensamma journalmallar är att skapa en enhetlig strukturerad dokumentation som kan fungera bl.a. som en form av checklista för vården av patienten. Den strukturerade journaldokumentationen ger goda förutsättningar till systematisk kvalitetsuppföljning, benchmarking och direktöverföring av data till olika kvalitetsregister. Flera primärvårdsenheter genomför regelbundet journalgranskning för att säkerställa följsamheten till rutiner och dokumentation.

Kompetensutveckling, lärande organisation

Verksamheterna har aktivt arbetat med att förbättra den medicinska kvaliteten inom områden som t.ex. diabetes, njursvikt, hypertoni, astma/KOL, sår och smärta samt övervikt. Den medicinska kvaliteten följs bl.a. genom att regelbundet ta fram och analysera rapporter från journaldata.

Deltagande av medarbetare från primärvårdsenheterna i patientsäkerhetsutbildningar och konferenser är fortsatt god. Primärvårdens verksamheter har deltagit i SLSO:s patientsäkerhetsdialoger och genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet. Nätverket för medicinskt ansvariga läkare (MAL) har under året haft två möten med inriktning på patientsäkerhet. Medarbetare har utbildats i risk- och händelseanalys, i ”offentlighet och sekretess”, patientlagen samt patientdatalagen. Primärvårdsverksamheter rapporterar till ett flertal kvalitetsregister som t.ex. NDR (Diabetes), Riks-stroke, BOA, senior Alert och SweDem.

Läkemedel

Samtliga vårdcentraler följer systematiskt förskrivningen av läkemedel och följsamhet till Kloka Listan samt följer Stramas rekommendationer angående antibiotikaförskrivning. Medelvärde för följsamhet till Kloka Listan inom primärvården var 91 % under 2015, oförändrad jämfört med föregående år, med variation mellan 87 % och 95 %. I primärvården genomfördes 12020 fördjupade läkemedelsgenomgångar. En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är korrekt hantering av läkemedel, administrering, dokumentation och delegeringar. Majoriteten av patienter i hemsjukvården får läkemedel via dosdispensering (ApoDos). Apoteket AB levererar läkemedelspåsar till vårdcentralen som av distriktssköterskor distribueras till patienter. Externa granskare har utfört 51 kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering i primärvården.

Hygien- och klädregler

Samtliga verksamheter ska följa SLSO:s basala hygienrutiner. Årligen mäts följsamheten till rutinen i en webbaserad självskattningsenkät, resultatet se tabell 2. Inom verksamheterna görs återkommande kontroller av hygien och klädsel. Basala hygienrutiner är en återkommande punkt på APT.

Tillgänglighet

Telefontillgängligheten inom primärvården mäts kontinuerligt av Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Med telefontillgänglighet avses andel samtal som i undersökningen besvaras inom godkänd tid d.v.s.,

- För mottagningar med direktsvar utan köfunktion är samtalet godkänt om uppringaren når fram inom 1,5 minut.
- För mottagningar med direktsvar med köfunktion är samtalet godkänt om uppringaren får svar inom 10 minuter.
- Vid återuppringningssystem är samtalet godkänt om mottagningen ringer tillbaka inom 1,5 timme efter uppringning.

Sammantaget för 2015 besvarades 87 % av samtalen inom godkänd tid, att jämföra med 88 % föregående år. Uppfyllande av vårdgarantin (läkarbesök inom 5 dagar) var vid mätning 2015 i genomsnitt 85 %. SLSO har infört en automatiserad kontinuerlig väntetidsmätning där uppgifter hämtas från journalsystemet. Införande av en web-tidbokning som ett led att förbättra tillgängligheten fortsatte under 2015.

Kunskapsbaserad vård

Verksamheterna använder landstingsgemensamma vårdprogram och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Samtliga yrkeskategorier deltar i olika fort- och utbildningsaktiviteter. Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagande och vården för multisjuka äldre, demensvård, psykisk ohälsa, handläggning av patienter med artros och undernäring hos äldre. Vårdcentralerna har fortsatt arbetet med suicidprevention.

3.2 Psykiatri

Psykiatrin inom SLSO består av Psykiatri Nordväst (PNV), Norra Stockholms Psykiatri (NSP), Psykiatri Södra Stockholm (PSS), Psykiatri Sydväst (PSV), Psykiatricentrum Södertälje (PCS), Rättspsykiatri Vård Stockholm (RPV), Beroendecentrum Stockholm (BCS) samt Stockholms Centrum för ätstörningar (SCÄ). Vidare ingår Barn- och Ungdomspsykiatri uppdelad på BUP Nordost, BUP Nordväst, BUP Sydost, BUP Sydväst, BUP:s Specialenheter samt heldygnsvård. Centrum för Psykiatriforskning (CPF) ingår i SLSO:s psykiatri. Utvecklingscentrum (UC) inom CPF är en resurs i verksamheternas systematiska förbättringsarbeten av vård, behandling, ledarskap och organisation. Nedan ges exempel från verksamheterna.

Patientsäkerhetsarbete

I verksamheterna pågår ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete där de interna patientsäkerhetsorganisationerna är organiserade på likvärdigt sätt. Verksamhetschefen är med stöd av chefsöverläkaren ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Därefter vilar ansvaret på sektions- och enhetsnivå samt medicinskt ledningsansvariga överläkare. En patientsäkerhetsorganisation med särskilt utsedd patientsäkerhetssamordnare och minst ett patientsäkerhetsombud per enhet bistår chefer och medarbetare i patientsäkerhetsfrågor och bidrar till att sprida en god patientsäkerhetskultur. Verksamhetens analysgrupp diskuterar och handlägger patientsäkerhetsfrågor på klinikövergripande nivå och rapporterar till ledningsgruppen. Styrkort, kontroll- och uppföljningsplaner reglerar ledningsgruppens uppföljning.

Medarbetare från verksamheterna kompetensutvecklas inom risk- och händelseanalys och deltar i SLSO:s metodspecialistdagar. Riskanalyser görs vid planerade organisationsförändringar eller vid identifierade risker för patienter, miljö eller medarbetare.

I psykiatrins slutenvård görs riskanalys inför varje sommar som resulterar i handlingsplaner för att säkerställa patientsäkerheten under sommarperioden. Ett analysteam kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal, fackliga företrädare, personalhandläggare, patientsäkerhetshandläggare och Brukarinflytandesamordnare (BISAM). Händelseanalyser görs vid särskilda avvikelser/händelser. Ett patientsäkerhetsnätverk för de nio psykiatriska verksamheterna startade 2015.

Implementeringen av en ny patientsäkerhetsorganisation startade på PNV, utbildningar och nätverksträffar har hållits för patientsäkerhetssamordnare och ombud. BUP:s ledning gör årligen en riskanalys ur vilken en handlingsplan tas fram för hur risker ska hanteras. Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet har initierats för all hälso- och sjukvårdspersonal.

Avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis. Vid klassificering av en avvikelse som negativ händelse görs en analys och vid behov genomförs en intern utredning, händelseanalys och eller riskanalys. På PSV redovisas varje vecka ett ärende på klinikens intranät under rubriken ”Aktuell avvikelse”. Avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar och ibland i ledningsgrupper. Avvikelser leder till rutinförändringar på enhets-, sektion- eller kliniknivå. Kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) införs sedan flera år succesivt inom flera verksamheters heldygnsvård och jourmottagningar. Syftet med SBAR är att skapa en struktur för säker muntlig kommunikation och informationsöverföring. På PSV ansvarar SBAR-ombud för utbildning av nyanställd personal. En enhet inom BCS har börjat rapportera enligt SBAR till vårdgrannar som använder samma mall. Inom verksamheterna finns barnsamordnare som arbetar med att tillgodose barns behov av information, råd och stöd när barnets vårdnadshavare lider av psykisk ohälsa. Riskronder genomförs då representanter från ledningen besöker enheter och mottagningar och diskuterar frågor som berör patientsäkerhetskultur. På PCS genomfördes riskrond på 9 av 11 enheter.

Egenkontroll utförs kontinuerligt på PSS tillsammans med chefsöverläkaren med fokus på journalgranskning för specifika sökord som vårdplan, krisplan, strukturerade självmordsriskbedömningar, planering vid utskrivning, vårdplan enligt § 16 LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) och motiveringar till tvångsåtgärder. På NSP finns ett revisionsråd som genomför journalrevisioner och rapporterar dessa till klinikledning och berörd enhet. Som ett led i egenkontrollen har arbete med markörbaserad journalgranskning (MJG) påbörjats på PNV. Statistik följs bl.a. avseende dokumentation av suicidriskbedömningar, vårdplaner, LPT dokumentation samt uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.

Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister som Bipolär, ECT-registret, PsykosR, BUSA, SBR, LAROS, Q-BUP, RättspsyK och RIKSÄT.

Strukturerad journaldokumentation

Ett mål är att all dokumentation inom vuxenpsykiatri görs i systemgemensamma mallar i syfte att förenkla och säkra dokumentationen, vilket har införts på de 8 vuxenpsykiatriska klinikerna. Från januari 2014 till slutet av 2015 ökade andelen journalanteckningar som skrivits i gemensamma mallar från <10 % till > 95 %, på flera klinker till mer än 99 %. Slutenvårdens omvårdnadsdokumentation överfördes också till gemensamma mallar. Strävan är att gå mot gemensamma termer och begrepp. Arbete pågår med att ta fram en gemensam standard för övervakningsnivåer i heldygnsvården och hur dessa dokumenteras.

Projektet med integration mellan journalsystemet och psykiatrins kvalitetsregister har under 2015 slutförts. För kvalitetsregistren ECT, SBR, BUSA, PsykosR och Bipolär finns nu en fungerande integration som gör att data till registren sammanställs ur ordinarie journaldokumentation. Inom RPV används riskbedömnings- och vårdplaneringsinstrumentet START.

Samverkan

Det pågår en övergripande samverkan mellan SLL och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) gällande personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. På kommun/stadsdelsnivå finns skriftliga samverkansöverenskommelser mellan psykiatri och kommuner/stadsdelar.

Samordnad Individuell Plan (SIP) används i allt högre utsträckning på BUP som ett sätt att säkra att patienter får den vård och det stöd de behöver. Under 2015 slutfördes den länsövergripande utbildningssatsningen mellan kommunerna och SLSO:s vuxenpsykiatri ”Regional SIP-utbildning för kommuner och landsting i Stockholms län”. Syftet var att skapa en gemensam kunskapsbas och fungerande samarbete över huvudmannagränserna för 871 medarbetare inom beroendevård, psykiatri och kommunal missbruksvård som arbetar med vuxna patienter med psykisk funktionsnedsättning och beroende.

Inom verksamheterna sker kontinuerligt samarbete med patientorganisationer.

Brukarinflytandesamordnare (BISAM) utvecklar nya former för delaktighet och inflytande för patienter och närstående. Patientforum ordnas regelbundet i slutenvården. I öppenvården finns samrådsgrupper där brukare kan föra fram frågeställningar, förbättringsförslag eller synpunkter.

Inom NSP pågår samarbete med Patient- och närståenderådet för att patienter ska kunna rapportera avvikelser anonymt. PSV arbetar med att förbättra tillgänglig information för patienter och närstående. Ett första brukarrådsmöte genomfördes inom RPV med representanter för den nybildade föreningen PAR (Patienter och Anhöriga i Rättspsykiatri). Klinikerna har förslagsbrevlådor på sina enheter där patienter och närstående kan lämna synpunkter. SCÄ har patientråd och workshops på vuxenvårdsavdelningen i samarbete med patientföreningen Frisk och Fri.

Förebyggande av självmord (suicidprevention)

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

Samtliga självmord i anslutning till vården blir föremål för intern utredning av verksamhetschef eller chefsöverläkare och anmäls till IVO enligt lex Maria. Närstående bereds möjlighet att lämna synpunkter som ett värdefullt bidrag till utredningen, de erbjuds individuellt stöd. När utredningen påvisar brister leder detta till förbättringsåtgärder. I de fall där patienter haft kontakt med flera enheter inom SLSO utreds händelsen gemensamt, vilket främjar patientsäkerhet och samverkan.

Tvångsvård

Med utgångspunkt från ”Handlingsplanen för Rätt använd tvångsvård” pågår ett arbete med att minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder. Ett systematiskt förbättringsarbete påbörjades med bl.a. revidering av riktlinjerna för uppföljningssamtal efter tvångsvård, individuell vårdplan och krisplan. Utbildningar skapades för att öka kunskapen om de nya

riktlinjerna bland medarbetare. LPT-controllerns granskade samtliga journaler för de patienter som under 2013 och 2014 erhöll mest tvångsvård och flest tvångsåtgärder. Syftet var att säkra bästa möjliga vård till den enskilde patienten och förbättra vården generellt. Det bildades ett nätverk mellan klinikrepresentanter och projektledare för erfarenhetsutbyte och lärande. Vid samtliga aktiviteter har brukar- och närstående-representanter engagerats.

Psykiatrin har gemensamma journalmallar för dokumentation av beslut enligt Lagen om Psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om Rättspsykiatrisk vård (LRV), som kontinuerligt uppdateras av en gemensam arbetsgrupp. Detta ger enhetlighet beträffande rutiner för dokumentation och en hög grad av samsyn vad gäller tolkning av lagkrav.

Verksamheternas LPT-controllerns säkerställer att dokumentationskraven efterlevs, med särskilt fokus på vårdplaner enligt LPT. Lagändringar bevakas och medarbetare utbildas kontinuerligt. Möten mellan de psykiatriska verksamheternas chefsöverläkare, SLSO jurist och chefläkare sker två-tre gånger per termin. SLSO:s psykiatriska verksamheter har deltagit i SLL:s heldygnsvårdsprojekt ”Parasollet” som syftar till att förbättra vården och minska användning av tvång. Team från flera av SLSO:s verksamheter har deltagit i SKL:s genombrottsprojekt ”Bättre vård – Mindre tvång”.

Hot och våld

Hot och våld är en påtaglig riskfaktor, framförallt inom psykiatrisk slutenvård. En våldsförebyggande kultur, med inget eller minimalt användande av tvångsåtgärder är viktig för att förebygga hot och våld. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen sedan 2005. Tre tusen medarbetare har utbildats i metoden och fått kunskaper i LPT, vilka faktorer som leder fram till våld och hur rätt bemötande minskar risken. SLSO utbildar egna kursledare i Bergenmodellen, för närvarande finns 85 kursledare. Kvalitetssäkring av kursledarna sker genom e-utbildning, centrala workshops och kontroll av kunskaper i fysiska tekniker. Årligen ska 50 ST-läkare, i början av sin specialisttjänstgöring, utbildas i Bergenmodellen. Modellen presenterades på SLL:s patientsäkerhetsdagar 2015.

Inom RPV pågår ett projekt för att förebygga våld där ett multiprofessionellt vårdteam gör riskbedömning med det evidensbaserade riskbedömningsinstrumentet START (Short-term Assessment of Risk and Treatability).

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, Lindrig utvecklingsstörning, Läkemedelsberoende, Narkotika och dopning, Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Suicidnära barn och ungdomar, Suicidnära patienter, Ångestsyndrom och Ätstörningar. På SCÄ erbjuds all ny personal en högskoleutbildning om ätstörningar som bygger på vårdprogrammet.

Inom ramen för utvecklingsarbetet ”Psykiatri 2015” introducerades 2015 standardiserade vårdprocesser för ADHD/AST, ångest/OCD och psykos och en stödstruktur för att implementera dessa och följa upp resultatet på klinisk nivå. De diagnosspecifika processkartorna bygger på de regionala vårdprogrammen och revideras årligen. Under året skapades processkartor för depression och bipolär sjukdom samt emotionellt instabil personlighetsstörning. Dessa kommer att implementeras under 2016. Inom ramen för detta

arbete är patient- och närstående-representanter engagerade för att ta fram informationsmaterial och mätetal som är av värde. Syftet med arbetet är att den vuxenpsykiatriska vården ska bygga på evidens och vara av samma standard inom hela SLSO, att den ska ge värde till patienten och vara kostnadseffektiv.

Övrigt förbättringsarbete inom psykiatri

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

Ett antal vårdavdelningar har introducerat ”Lugna rummet” dit patienter kan gå för att få lugnande sinnesstimulering, sedan starten har patienter totalt vistats där ca 10000 gånger. Resultat visar att ”Lugna rummet” kan bidra till patientsäkerheten i en vidare bemärkelse, då det för många patienter har fungerat väl för primär och sekundär prevention av tillstånd som stress, ångest och sömnproblem. Patienter har beskrivit att vistelse i ”Lugna rummet” ersatt medicinerings vid behov eller förbättrat effekten av sådan medicinerings. Medarbetare har rapporterat händelser där man undvikit tvångsåtgärder med hjälp av ”Lugna rummet”. ”Självväld inläggning” är ett koncept som startades med piloter inom psykosvården på NSP och PSS samt inom ätstörningsvården på SCÄ. I samband med det startades ett forskningsprojekt. Projektet vidgades till att omfatta även PNV. Målsättningen är att ge patienterna större inflytande över sin vård och att studera hur det påverkar sjukdomsförloppet. I slutet av 2015 startades ytterligare ett forskningsprojekt för brukarstyrd inläggning för patienter med självskadeproblematik i samverkan med psykiatri i region Skåne och i Holland.

Inom BUP:s slutenvård påbörjades ett genomgripande förändringsarbete för vårdinnehåll, ansvarsfrågor, bemanning och resursfördelning m.m. Verksamheterna inom vuxenpsykiatri har skapat nya externa hemsidor med en gemensam startsida med lättillgänglig information för patienter och närstående.

För att öka den etiska medvetenheten på PSS startades ett etiskt forum hösten 2015 som bl.a. syftar till att förbättra kommunikation mellan yrkesgrupper samt vårdpersonal och patienter. I forumet deltar representanter från tre enheter, en patientsäkerhetshandläggare, två brukarinflytarsamordnare, chefsöverläkare och sjukhuspräst.

Under augusti 2015 publicerades konceptprogrammet ”Lokaler för God Vård Psykiatrisk Helydgvård”. Detta togs fram av Locum AB i samverkan med SLSO, patienter och närstående för att användas som underlag vid nybyggnation och upprustning av vårdlokaler. Det planeras bl.a. fler enkelrum som bidrar till ökad säkerhet, trygghet, integritet och minskad smittspridning. Under året infördes en patientenkät i samband med utskrivning. Enkäten är gemensam för all psykiatrisk verksamhet inom SLSO. Patienten får möjlighet att lämna synpunkter på erhållen vård och kan också ge viktig återkoppling till personalen.

Den psykiatriska ambulansen för psykiatrisk akutmobilitet (PAM) infördes 2015 i syfte att ge snabba insatser vid akut psykisk ohälsa med högsta prioritet på suicidprevention. Ambulansen är knuten till Stockholms läns psykiatriska akutmottagning på NSP, men har hela Stockholms län som arbetsområde. Precis som andra ambulanser larmas PAM via SOS Alarms telefonnummer 112.

3.3 Geriatrik och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker, Danderydsgeriatriken, Jakobsbergsgeriatriken och Stockholmsgeriatriken. Under året har klinikerna tillsammans arbetat med framtagande av följande vårdprocesser, nutrition, demens, trycksår och fallprevention. Nutritionprocessen har blivit klar under 2015, arbetet med de övriga processerna fortsätter under 2016.

Framtidens Geriatrik inom FHS-arbetet (framtidens hälso- och sjukvård) fortsatte med inriktning mot en värdeskapande verksamhetsutveckling med kostnadskontroll. Det är ett systematiskt och långsiktigt arbete och innefattar skapandet av standardiserade vårdprocesser. Detta länkas ihop med andra vårdgrenars förbättringsarbete samt en systematisk uppföljning av utfallsmått av betydelse för patienterna. Ett verktyg för uppföljning av process- och resultatmått har tagits fram under året (QlikView) och ska implementeras under 2016. Processområdena är fallskador, trycksår, malnutrition inklusive munhälsoproblem, konfusion, läkemedelsrelaterade problem, hög konsumtion av akut och oplanerad vård samt demens, kognitiv svikt och multisjuklighet. Processkartor för fall, nutrition, trycksår samt demensutredning är framtagna och kommer att samordnas med primärvårdens utvecklings- och förbättringsarbete inom ramen för Framtidens primärvård. Förslag till hur fler äldre ska få tillgång till osteoporosbehandling har tagits fram, implementering planeras under 2016.

Stockholmsgeriatriken har arbetat med ett informationsblad för att öka patientens och/eller närståendes involvering i vården. Jakobsbergsgeriatriken är den första verksamheten i SLSO att breddinföra slutenvårdsdos på hela kliniken. De flesta medarbetare på Danderydsgeriatriken har genomfört SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet.

ASIH består av ASIH Stockholm Södra och ASIH Stockholm Norr. Verksamheterna har ett liknande arbetssätt gällande kvalitetsfrågor och har aktiva kvalitetsgrupper med deltagare från samtliga enheter. Fokus har lagts på att rutiner ska vara tydliga, patientsäkra och enhetliga på alla enheter. ASIH Norr har sex methodspecialister i risk- och händelseanalys. Dessa medarbetare ingår i en verksamhetsövergripande patientsäkerhetsgrupp som har i uppdrag att bevaka, utreda och inhämta ny kunskap inom patientsäkerhetsområdet. Gruppen har också ansvar för att sprida information om avvikelser till samtliga medarbetare. ASIH Södra har en multiprofessionell patientsäkerhetsgrupp med representanter från ledningsgrupp samt alla team och avdelningar. Gruppen engageras när risk- eller händelseanalys ska göras. Patient- och medarbetarsäkerhet är en stående punkt vid ledningsgruppens möten samt vid APT och gruppmöten. ASIH verksamheterna har ett fortsatt tätt samarbete gällande kvalitetsfrågor bl.a. avseende arbetssätt som skapar värde för patient och närstående. Sedan länge är strukturen i patientsäkerhetsarbetet inom geriatrik och ASIH väl etablerad, vissa lokala variationer förekommer. Allvarliga händelser som ger anledning till förbättringsarbete och/eller förändringar av rutiner diskuteras mellan verksamhetschefer, samordnande chef och chefläkare. Spridning av erfarenheter från dessa allvarliga händelser sker genom nätverk inom och mellan vårdgrenarna. Geriatrik och ASIH har rutinen att efter varje arbetspass träffas för en kort återkoppling och diskussion om dagens risker och händelser.

Kunskapsbaserad och patientsäker vård

Vården ska vara evidensbaserad och följa gällande riktlinjer, regionala vårdprogram och lokala rutiner. Medarbetare i geriatriska och ASIH-verksamheter utbildas fortlöpande i risk- och händelseanalys. Dessa medarbetare deltar i eller leder patientsäkerhetsarbetet inom sina respektive verksamheter. Verksamheterna har arbetsgrupper, patientsäkerhetsgrupper, kvalitetsteam med representanter från samtliga vårdteam och vårdavdelningar. De verkar för en

kultur där medarbetarna uppmuntras till att se risker och avvikelser som möjligheter till förbättring. Dessa grupper bistår verksamhetschefen med att säkerställa rutiner och ansvarsfördelning utifrån aktuell kunskap och forskning. Riskrund görs minst en gång per år.

Avvikelsehantering och en lärande organisation

Målet med avvikelsehanteringen är att göra vården säkrare. Resultatet och erfarenheterna sprids och följs upp på APT och teammöten, ledningsgrupper och samverkansmöten.

Händelseanalyser genomförs vid allvarliga händelser eller återkommande tillbud. Händelser med flera involverade vårdgivare utreds gemensamt.

3.4 Habilitering och Hälsa

Habilitering & Hälsa är en länsövergripande verksamhet med ca 700 medarbetare. Verksamheten har habiliteringscenter och habiliteringsteam i länet. Dessutom finns kompletterande habiliteringsmottagningar, boenden samt informations- och kunskapscenter. Habilitering & Hälsa arbetar för att underlätta tillvaron för personer med funktionsnedsättningar och att göra det möjligt för dem att aktivt delta i samhällslivet. Råd, stöd och behandling erbjuds till barn, ungdomar och vuxna och stöd erbjuds även till närstående. Det är en specialiserad verksamhet som ger kvalificerat stöd när insatser från exempelvis kommun eller primärvård inte är tillräckliga för att möta den enskildes behov.

Organisation av patientsäkerhetsarbetet

Sektionscheferna ansvarar för att det finns rutiner för avvikelsehantering och att dessa är kända och följs i verksamheten. De har som stöd en patientsäkerhetssamordnare som följer utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet och fortlöpande informerar ledningen samt utvärderar det egna patientsäkerhetsarbetet. Inom enheterna finns patientsäkerhetsombud. Deras uppgift är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet och att stödja medarbetare i att rapportera risker och avvikelser.

Risk- och avvikelserapportering

Under 2015 har Habilitering & Hälsa rapporterat 517 vårdavvikelser varav 170 risker, 159 tillbud och 176 negativa händelser. Avvikelser beträffande bristande tillgänglighet dominerar, därefter kommer brister i vårddokumentation och informationsöverföring. Ett hundra avvikelser gäller väntetider för insatser från Habilitering & Hälsa.

Utbildning

Utbildning av nya patientsäkerhetsombud anordnas internt fortlöpande under året. Patientsäkerhetsutbildning för nyanställda medarbetare genomförs som en del i introduktion. Ca 300 medarbetare har gjort e-utbildningen i patientsäkerhet.

Projekt Månadens avvikelse

Projektet Månadens avvikelse har pågått mellan maj 2014 och december 2015. En avvikelse har diskuterats på enheternas APT utifrån givna frågeställningar. Syftet har varit att öka kunskapen om avvikelserapportering samt engagera alla medarbetare i patientsäkerhetsarbetet. Projektet har utvärderats med en enkät vilken visar att alla medarbetare är engagerade i frågorna. Utvärderingen visar att 78 % av medarbetarna uppger att de har ökat medvetenheten om patientsäkerhet och avvikelserapportering och 72 % att det blivit lättare att skilja på risk, tillbud och negativ händelse.

Risk-/konsekvensanalyser

Under 2015 har flera risk-/konsekvensanalyser gjorts med anledning av en planerad omorganisation i verksamheten. Analyserna har gjorts utifrån perspektiv på arbetsmiljö och patientsäkerhet. Omorganisationen skall syfta till att få en mer jämlik och specialiserad vård för våra patientgrupper.

Riskrund

Riskrundor har genomförts på verksamhetens enheter. Uppmärksammade risker rapporteras i Händelsevis. Rapportering av risker sker fortlöpande under året.

Händelseanalys

Under 2015 har en allvarlig vårdskada inträffat och en händelseanalys påbörjats. Analysen kommer att färdigställas under 2016.

3.5 Stockholms syncentral

Verksamheten har patientsäkerhetssamordnare. Kunskapen om patientsäkerhetsarbete i verksamheten fortsätter att öka. Det har rapporterats få avvikelser under 2015. Samverkan på flera nivåer har lett till stora förbättringar i hanteringen och rutinerna kring hjälpmedelprocesserna. Remisshanteringens processer har efter samlokaliseringen av verksamheten setts över för att säkerställa en snabbare och mer patientsäker hantering. Informationsbrev har skickats till ögonläkare avseende verksamhetens flytt. Det finns fortfarande brister när det gäller ofullständiga remisser. Syncentralen har haft direktkontakt med respektive remittent för att informera om vilka uppgifter som behövs i remissen. Flera åtgärder för att eliminera avvikelserna kommer att ske under 2016. Inom verksamhetsområdet har ett arbete kring patientsäkerhet startats upp.

3.6 Hjälpmedel Stockholm

Verksamheten har två patientsäkerhetssamordnare som arbetar med produktavvikelser och de allvarligare interna/externa avvikelser som gäller medicintekniska hjälpmedel. Reklamationer handläggs av två reklamationssamordnare och grupperna samarbetar. Ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet är verksamhetschefen.

Patientsäkerhetssamordnarna följer de föreskrifter som gäller medicintekniska produkter och anmäler allvarliga tillbud och negativa händelser till Läkemedelsverket och IVO. I utredningen bistår gruppen med information så att en korrekt utredning kan genomföras.

Vid interna händelser ansvarar gruppen för att utreda bakomliggande orsaker samt ger förslag på åtgärd. Patientsäkerhet finns med som en egen del i verksamhetens introduktionsprogram till ny personal och gruppen ansvarar för intern utbildning i patientsäkerhet.

Under året har ca 50 produktavvikelser, där kvaliteten bedömts undermålig, inkommit från verksamhetens tekniker. De avvikelser som inkommit som berört produkters kvalitet har i vissa fall resulterat i att verksamheten kontaktat leverantören. Detta har i vissa fall lett till att leverantören ändrat sin produktion och/eller information. Nio ärenden har bedömts som allvarlig risk, tillbud eller negativ händelse och har anmälts som medicintekniska avvikelser till Läkemedelsverket och IVO. Utredningarna har påvisat handhavandefel av hjälpmedelsanvändaren och eller vårdpersonal samt brister i produktens kvalitet.

Verksamheten har fokuserat på att öka personalens kunskaper i patientsäkerhet genom en obligatorisk föreläsning gällande ansvar, befogenheter och skyldigheter för personal inom Hälso- och sjukvård. Hjälpmedelskonsulenter och anpassningstekniker har även gått en fördjupad föreläsning i ansvar, befogenheter och skyldigheter. Merparten av personalen har genomfört SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet. En fördjupad intern utbildningsinsats har genomförts på lager- och transportsektionen samt på kundsektionen. Samtliga sektioner har genomfört riskronder och verksamheten har identifierat ca 100 risker som kommer arbetas vidare med under nästkommande år.

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. 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. Under 2015 har en ny patientenkät utarbetats och distribuerats för att mäta bland annat patientnöjdhet, mottagande, information, och i vilken mån utredningarna vid CAMM leder till konkreta åtgärder på arbetsplatserna.

4. Övergripande strategier och mål för 2016 och kommande år

SLSO:s långsiktiga strategi är inriktad mot utveckling av standardiserade säkra och värdeskapande vårdprocesser för våra patienter. Detta innebär,

- Vidareutveckla processororienterat arbetssätt genom metoden ”Värdelyftet” för att säkerställa god vård, hög patientsäkerhet, nöjda medarbetare och hög tillgänglighet
- Aktivt medverkande i utveckling av nätverkssjukvården
- Satsning på eHälsa/IT-stöd

Patientsäkerhet är ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO och 2016 fortsätter arbetet med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador. Fortsatta satsningar kommer att göras på kompetensutveckling och arbete med ”ständiga förbättringar” i vardagen. SLSO har ett gemensamt elektroniskt journalsystem och ingår också inom ramen för detta journalsystem i sammanhållen journalföring med flertalet vårdgivare inom SLL.

Utvecklingen av SLSO:s ledningssystem fortsätter för att säkerställa bästa möjliga förutsättningar att bedriva systematiskt förbättringsarbete och uppnå god och säker vård. Samtliga resultatenheter inom SLSO ska ha en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och skriva en patientsäkerhetsberättelse för 2016. Riskhantering med riskinventering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. Arbetet med att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser fortsätter.

Patientens delaktighet i utredning, vård och behandling samt uppföljning är av stor betydelse för en patientsäker vård. Insatser för att förbättra patientens delaktighet kommer att vara i fokus även under 2016 och kommande år. God tillgänglighet är av yttersta vikt för patientsäker vård och är fortsatt ett prioriterat förbättringsområde. Inte minst måste system och metoder fortsätta att utvecklas för att patienter enkelt och säkert ska kunna få kontakt med vården.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet 2016

- Samtliga resultatenheter inom SLSO ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse/handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Mindre än 172 uttagna antibiotikarecept/1000 listade patienter inom SLSO husläkarverksamheter.
- Sammantaget inom SLSO ska vårdrelaterade infektioner (VRI) vara högst 5,3 %, vid punktprevalens mätning våren 2016 (PPM VRI 2016).

Det långsiktiga förbättringsarbetet för respektive resultatenhets uppdrag relevanta och viktigaste patientsäkerhetsområden kommer att fortsätta. Det gäller t.ex. avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering och riskanalys, vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner, läkemedel, trycksår, undernäring, fall, suicidprevention och informationsöverföring/ kommunikation internt och externt.