

# Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)



2017

## Innehållsförteckning

SLSO som vårdgivare och organisation .....	4
Sammanfattning.....	5
1. Ansvarsfördelning och egenkontroll.....	8
2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året .....	9
2.1 Vårdrelaterade infektioner .....	10
2.2 Läkemedel.....	12
2.3 Riskhantering.....	16
2.4 Avvikelsehantering .....	16
2.5 Hantering av klagomål och synpunkter.....	17
2.6 Utredning av vårdskador .....	19
2.7 Informationssäkerhet .....	22
2.8 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året .....	22
3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter .....	24
3.1 Primärvård .....	24
3.2 Psykiatri .....	28
3.3 Geriatrik, Närakuter, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och somatisk specialistvård .....	35
Geriatrik .....	35
Närakut .....	36
ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra.....	36
Akademiskt specialistcentrum .....	36
Team Äldredoktorn .....	37
3.4 Rehabilitering och Hjälpmedel .....	37
3.5 Hjälpmedel Stockholm .....	38
3.6 Centrum för arbets- och miljömedicin .....	39
4. Övergripande strategier och mål för 2018 och kommande år .....	39
Övergripande mål i SLSO för patientsäkerhetsarbetet 2018.....	39

## Patientsäkerhetsberättelse 2017 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i landstingets regi. Årligen genomförs inom SLSO:s verksamheter cirka 5 miljoner öppenvårdsbesök, 430 000 vårddygn i slutenvård och 230 000 vårddygn i avancerad sjukvård i hemmet. Samverkan sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.


Stockholms läns sjukvårdsområde bedriver hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, beroendevård, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), akademiskt specialistcentrum, centrum för cancerrehabilitering, habilitering och hjälpmedelsverksamhet. 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, behandling, omvårdnad och läkemedelshantering. 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

  
Anna-Lena Berggren  
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, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad palliativ slutenvård, geriatrik, centrum för cancerrehabilitering samt öppen somatisk specialistvård. De olika verksamheternas inriktning, innehåll och ersättning regleras närmare i avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), i enlighet med Stockholms läns landstings (SLL) beställar- och utförarmodell.

I samverkan med Karolinska Institutet (KI) bedriver SLSO forskning och utbildning inom allmänmedicin, geriatrik, psykiatri, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, somatisk specialistvård, habilitering, palliativ vård och folkhälsa. Samverkan sker med övriga verksamheter 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 närstående. En resultatenhet är t.ex. en vårdcentral eller en geriatrisk klinik med flera avdelningar.

## Sammanfattning

Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet har även 2017 legat på förebyggande insatser i form av riskrapportering och riskanalyser. Arbetet har också inriktats mot rapportering och handläggning av avvikelser i vården, klagomålshantering, journaldokumentation, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel, undernäring, och informationsöverföring. Ledning och styrning av det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att stärkas, i första hand genom målet och kravet att samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhetsarbete och upprätta en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Upprättandet av handlingsplanen ska utgå från analys av patientsäkerhetsriskerna inom resultatenheten.

Antalet risk- och avvikelserapporter har minskat något jämfört med 2016. Risk- och avvikelserapporteringen skiljer sig mellan olika vårdgrenar och verksamheter vilket sannolikt kan förklaras av skillnader i verksamheternas uppdrag och vårdens innehåll men också i skillnader i patientsäkerhetskultur.

En central del i patientsäkerhetsarbetet har under året varit att genom riskanalys inom varje resultatenhet identifiera och värdera patientsäkerhetsrisker, analysera orsakerna till dessa och sedan i en handlingsplan för året ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna. Ett övergripande mål 2017 var att varje resultatenhet skulle sammanfatta sitt under året genomförda patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse.

För tredje gången genomfördes en mätning med den nationella patientsäkerhetskulturenkäten. Den visade bland annat goda resultat beträffande närmaste chefs agerande rörande patientsäkerhet och samarbetet inom vårdenheten. Överlämningar och överföringar av patienter samt information och arbetsbelastning är förbättringsområden. Vid jämförelse ligger SLSO med något undantag över resultat för riket. En mindre omfattande mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs också sedan flera år tillbaka i samband med den årliga medarbetarenkäten. Verksamheterna har under året arbetat med att genomföra förbättringar utifrån resultatet av dessa mätningar.

Klagomål och anmälningsärenden från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. För att förbättra tillgänglighet och hantering av klagomål finns inom SLSO sedan 2016 en central patientvägledarfunktion.

Av antalet till SLSO inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) 2017 berör 96 % primärvård och psykiatri. Totala antalet klagomål minskade något (6 %) jämfört med 2016. Den helt dominerande delen av minskningen har skett inom psykiatrin. Inom övriga verksamhetsområden är antalet klagomål jämförelsevis få.

Klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) på vården inom SLSO ökade med 29 % jämfört med 2016, till samma nivå som 2015. Hela ökningen har skett inom psykiatri. Av de klagomålsärenden där IVO fattat beslut har kritik framförts i 14 % av ärendena.

Antalet lex Maria anmälningar inom SLSO var på samma nivå som föregående år. Psykiatrin har flest antal lex Maria anmälningar huvudsakligen avseende självmord eller självmordsförsök. Självmord som sker i samband med pågående vård och behandling skulle t.o.m. 31 augusti 2017 alltid anmälas till IVO enligt lex Maria och därefter enbart när suicid bedöms som allvarlig vårdskada. Inom psykiatrin har lex Maria anmälan av händelser som avser annat än suicid och suicidförsök ökat, bland annat brister i samband med tvångsvård. Inom primärvården dominerar lex Maria anmälningar avseende brister i utredning och diagnos.

Under 2017 har 9 medarbetare eller före detta medarbetare anmälts till IVO, enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, eftersom de under sin tjänstgöring inom SLSO uppvisat sådana brister i yrkesutövningen att det bedömts finnas skäligen anledning att befara att de kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

## **Övergripande mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2017**

### ***Strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete***

- Mål: Samtliga resultatenheter inom SLSO ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse/handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet.
- Resultat: 96 % av resultatenheterna har upprättat en patientsäkerhetsberättelse.
- Kommentar: Målet att 100 % av resultatenheterna upprättar en patientsäkerhetsberättelse uppnåddes inte. Orsaken är att fyra resultatenheter inom primärvården pga sjukdom eller chefsbyte inte har upprättat en patientsäkerhetsberättelse.

### ***Förbättrad antibiotikaförskrivning***

- Mål: Mindre än 159 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Resultat: 142 uttagna antibiotikarecept per 1000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter.
- Kommentar: Målet uppnåddes med bred marginal och bidrog därmed till en minskad antibiotikaförskrivning. Husläkarverksamhet bedrivs av samtliga vårdcentraler inom SLSO. För att SLL ska uppnå det nationella målet för antibiotikaförskrivning (250 recept per 1000 invånare) måste arbetet med förbättrad och minskad förskrivning av antibiotika inom SLSO fortsätta.

### ***Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalens mätning 2017***

- Mål: Inom SLSO ska andel patienter med VRI vara lägre än 5,9 %.
- Resultat: 4,1 %.
- Kommentar: Målet uppnåddes och den sammantagna andelen patienter med VRI var låg. Detta beror till stor del på att VRI är mindre förekommande inom psykiatrisk verksamhet. Den tillämpade mätmetoden punktprevalensmätning (PPM) innebär att resultatet för en enhet, klinik, vårdgren och för hela SLSO kan variera stort vid olika mättillfällen. Många registrerade VRI har uppkommit vid vård inom andra verksamheter.

### ***Minska återinläggning inom 30 dagar efter slutenvård för patienter 65 år och äldre.***

- Mål: Inom SLSO ska andel patienter som återinläggs 30 dagar efter slutenvård vara lägre än 13 %.
- Resultat: 15 %.
- Kommentar: Sammantaget för SLSO uppnåddes inte målet. En av SLSO:s tre geriatriska kliniker klarade målet <13 %. Orsakerna till att klinikerna klarar återinläggningsmålet, eller ej, är multifaktoriellt. Danderydsgeriatriken, som klarar återinläggningsmål, är beläget på akutsjukhus med följd att patienterna har längre vårdtider och lägre återinläggningsfrekvens som följd. Stockholms- och Jakobsbergsgeriatriken arbetar med projektet öppen utskrivning. Detta innebär en tidigare utskrivning med goda resurser för både återbesök samt direktinläggning. Detta projekt leder till korta medelvärdtider och en något högre återinläggningsfrekvens, vilket i detta fall är bättre ur patientsynvinkel då man kan prova "utskrivning" för att enkelt få återkomma. Det leder dock till mer återinläggningar, vilket innebär att det uppsatta målet inte nås.

## **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 patientsäkerhetsarbete har sedan flera år bedrivits inom SLSO. Har detta patientsäkerhetsarbete lett till att vårdskadorna har minskat? För närvarande saknas metoder att fortlöpande mäta och redovisa uppkomna vårdskador, denna för patientsäkerhetsarbetet centrala fråga kan därmed tyvärr inte säkert besvaras.

SLSO använder det elektroniska risk- och avvikelserapporteringssystemet, HändelseVis. I detta rapporteras risker och avvikelser i vården. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse som bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten. Vårdskada bedöms och registreras sedan oktober 2017 i systemet. Det innebär att en vårdskadebedömning säkerställs vid negativa händelser. Detta möjliggör en förbättrad uppföljning av utvecklingen av vårdskador och patientsäkerheten.

Det är rimligt att utgå ifrån att ett antal negativa händelser är vårdskador. Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten kan därmed användas som ett ersättningsmått för vårdskador och ge en uppfattning om utvecklingen av vårdskador. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i HändelseVis som betydande eller katastrofala. En del allvarliga negativa händelser bör vara vårdskador och till och med allvarliga vårdskador. Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO bedöms vara så god att statistiken i HändelseVis är tillförlitlig och jämförbar mellan åren. I en sammanställning av flera studier och rapporter gällande vårdavvikelser (patient safety incidens) i primärvård, "How safe is primary care? A systematic review" publicerad i BMJ Quality & Safety 2015, gjordes uppskattningen att ungefär 4 % av vårdavvikelser kunde medföra allvarlig skada (Sukhmeet Singh et al, 2015).

Statistiken för åren 2013-2017 i tabell 1 visar en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 36 % år 2013 till 46 % år 2017. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser har 2013 till 2016 ökat med 16 % men inte ökat mellan 2016 och 2017.

Under förutsättning att de i tabell 1 redovisade ersättningsmått speglar utvecklingen av vårdskador, pekar dessa inte mot att vårdskadorna har minskat men skulle kunna ge indikation på att vårdskadorna nu inte ökar.

Tabell 1. Utvecklingen 2013-2017 av vårdavvikelse antal och negativa händelser.

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2013	7 474	36 %	340	4,5 %
2014	7 550	39 %	434	4,5 %
2015	8 061	45 %	376	4,7 %
2016	8 539	44 %	446	5,2 %
2017	7 480	46 %	389	5,2 %

## 1. Ansvarsfördelning och egenkontroll

### Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Sedan 2016 har SLSO en ny ledningsorganisation med fyra verksamhetsområden (VO), VO Primärvård, VO Psykiatri, VO Geriatrik, ASIH, Somatisk specialistvård samt Kostenheten och VO Habilitering och Hjälpmedel. Under 2017 tillkom VO Forskning, utbildning och utveckling, FoUU. Varje VO har en verksamhetsområdeschef. SLSO:s ledningsorganisation består av sjukvårdsområdes-, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledning. SLSO styrelse som ansvarar för verksamheten, inklusive patientsäkerhet, får sitt uppdrag av Landstingsstyrelsen. SLSO:s sjukvårdsdirektör får sitt uppdrag av styrelsen. Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten har sjukvårdsdirektören som till stöd i uppdraget har biträdande sjukvårdsdirektör, verksamhetsområdeschefer och administrativa direktörer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören i övergripande medicinska- och patientsäkerhetsfrågor. Verksamhetsområdeschefen ansvarar för det samlade resultatet för verksamhetsområdet inklusive kvalitet och patientsäkerhet. Inom respektive resultatenhet ansvarar verksamhetschefen för patientsäkerheten. Beroende på resultatenhetens inriktning och storlek kan verksamhetschefen bistås i patientsäkerhetsarbetet av patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsombud, medicinskt ansvarig läkare (MAL) och inom psykiatriin chefsöverläkare.

SLSO har ett gemensamt centralt verksamhetsstöd med enheter som hanterar strategiska frågor, övergripande ledningsfrågor och verksamhetstödande insatser. 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 processstöd i risk och händelseanalyser. Enheten har under året också erbjudit expertstöd i hygien-, läkemedel-, juridik-, informationssäkerhets- och arkivfrågor, stöd vid tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och stöd i den lokala handläggningen av vårdskador och lex Maria ärenden.

### Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystem innebär att tillämpa ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i ledning och styrning av verksamheten. Detta för att leva upp till lagar, föreskrifter och andra regelverk,



leverera utförande och resultat enligt avtalade vårduppdrag och ägardirektiv och uppnå SLL:s och SLSO:s mål. Det ska vara ett stöd för chefer och medarbetare, stimulera 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). Ledningssystemets styrande och stödjande dokument innehåller beskrivningar av verksamhetsprocesser samt riktlinjer/rutiner för att säkra verksamhetens kvalitet, miljö- och arbetsmiljökrav. SLSO:s ledningssystem är sedan 2013 certifierat enligt standarden ISO 9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och OHSAS 18001 avseende arbetsmiljö.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. I SLSO:s egenkontroll ingår uppföljning av en fastställd årlig internkontrollplan som bygger på en övergripande riskanalys. Årligen genomförs också en systematisk intern revision inom ett antal risk-/strategiska områden i ett urval av resultatenheterna. Resultatenheterna ska, utifrån en analys av patientsäkerhetsriskerna i verksamheten, upprätta en årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och sammanfatta genomförandet av handlingsplanen och övrigt patientsäkerhetsarbete under året i en patientsäkerhetsberättelse.

Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhet fastställs i SLSO:s budget. Dessa mål kompletteras med specifika mål inom respektive VO och som resultatenheterna ska uppnå. Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs upp systematiskt. Detta görs bland annat genom avvikelse- och klagomålshantering, patientenkäter, patientdata, regelbundna uppföljningar och årlig bokslutsuppföljning för samtliga resultatenheter. Resultaten analyseras av SLSO:s ledning, verksamhetsområdes- och resultatenhetsledningar och beslut tas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras enligt avtal 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 inom kvalitet och patientsäkerhet.

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

## 2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året

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 patientsäkerhets- och förbättringsarbetet fortsatt med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador. De största identifierade patientsäkerhetsriskerna inom SLSO utgörs av brister i vårddokumentation, informationsöverföring, behandling, omvårdnad och läkemedelshantering. Inom riskområdet läkemedelshantering är den dominerande risken läkemedelsadministrering.

Sammanhållen journalföring bidrar till att ge goda förutsättningarna för en patientsäker vård. Inom SLSO:s verksamhetsområden pågår ett strukturerat utvecklings- och förbättringsarbete med mål att skapa standardiserade patientprocesser och arbetssätt för olika behovs- och patientgrupper utifrån evidensbaserad kunskap. Syftet är att säkerställa att patienterna erbjuds en behovsbaserad, likvärdig och säker vård. Utvecklings- och förbättringsarbete inom området strukturerade vårddata och informatik bedrivs som bland annat syftar till att förbättra tillgången till data för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt forskning. Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvarata klagomål och förbättringsförslag. SLSO har på

central nivå regelbundna möten med pensionärs- och handikapporganisationer. SLSO:s chefläkare har deltagit i arbetet i SLL:s Patientsäkerhetskommitté.

## 2.1 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. VRI är ett av de största hoten mot patientsäkerheten i hälso- och sjukvården, infektioner är allvarliga och är den vanligaste förekommande vårdskadan. 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 cirka 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. Cirka 400 patienter med en VRI vårdas dagligen i landstinget och forskningen pekar på att 20-30 % av dessa infektioner är möjliga att förebygga. Arbetet med att motverka vårdrelaterade infektioner och använda antibiotika rationellt har högsta prioritet. Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har tagit fram ett handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården i SLL. För att minimera risken för smittspridning behövs en välfungerande vårdstruktur som inbegriper god vårdhygien inom all vård och omsorg.

Grunden för att förebygga vårdrelaterade infektioner är:

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

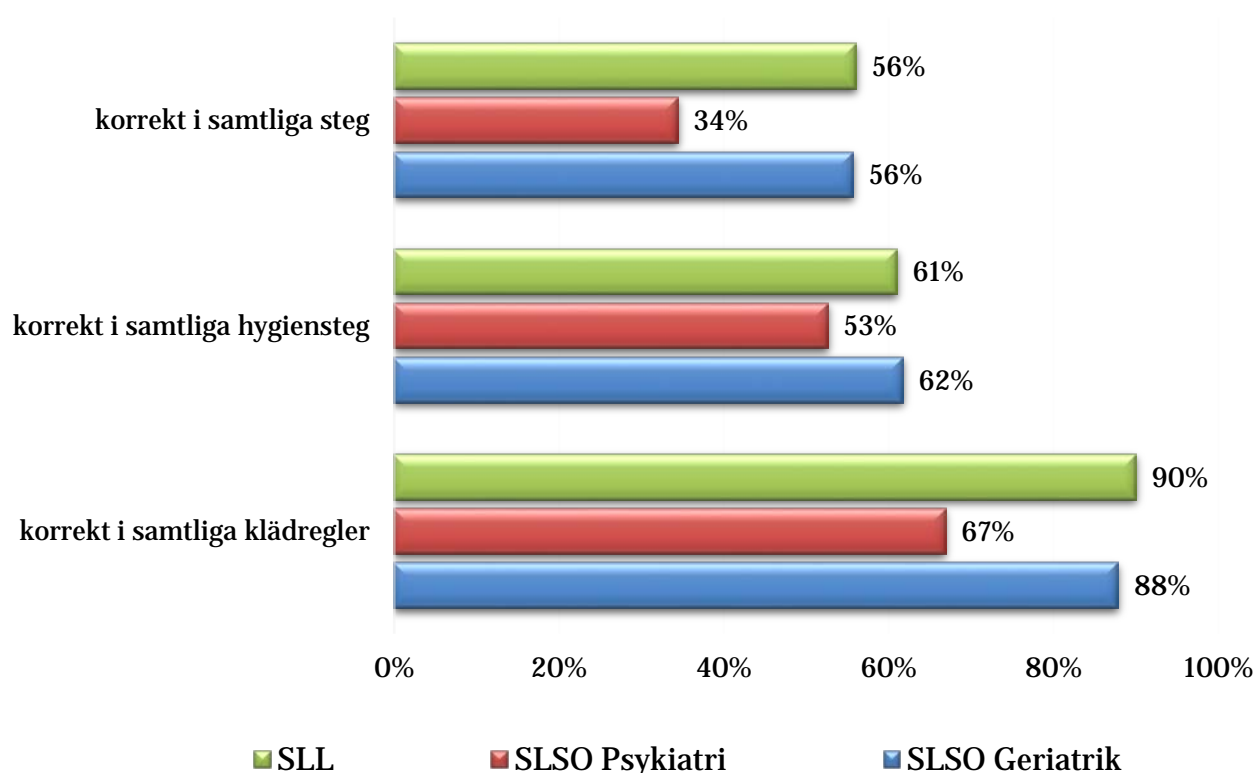
SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bland annat informationskampanjer och återkommande interna mätningar/självskattningar. Sedan 2008 deltar slutenvården i de nationella Punkt Prevalens Mätningarna (PPM-VRI). Prevalensen av VRI (geriatrik, psykiatri och ASIH) vid vårens mätning 2017 var 3,5 % (2016 -3,6 %). Andel VRI inom geriatrik var 8,5 % jämfört med 6,7 % år 2016, psykiatri 0,5 % (0,9 % år 2016) och ASIH 0 %. Vid höstens mätning 2017 var prevalensen av VRI (geriatrik, psykiatri och ASIH) 4,1 %. 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 delvis kan förklara den relativt höga förekomsten av VRI i den vårdgrenen. Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete.

### Basala hygienrutiner

Tillämpning av basala hygienrutiner är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning inom vården. Basala hygienrutiner beskrivs i SOSFS 2015:10 "Basal hygien i vård och omsorg. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd". (Ändringsförfattning HSLF-FS 2017:6). 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, ha korta naglar, uppsatt hår, använda handsprit både före och efter patientmöte, använda handskar samt vara rätt klädd vid patientmötet gör vården säkrare för patienten. Om man följer dessa rutiner och regler minskar risken för smittspridning.

SLSO deltar i nationell och regional (höst) PPM av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Resultatet av PPM-BHK mätningen hösten 2017 visar att 88 % (85 % år 2016) inom de geriatriska verksamheterna, 67 % (64 % år 2016) inom de psykiatriska verksamheterna tillämpade korrekt samtliga klädregler. Totalt inom SLL har 90 % korrekt tillämpat basala hygienrutiner (klädregler). Följsamhet till samtliga korrekta steg (klädregler och hygiensteg) visar att geriatriken följer dessa till 56 %, psykiatri 24 % jämfört med SLL totalt 56 %. ASIH rapporterade inte resultatet av mätningen under hösten 2017 (100 % år 2016). Se figur 1.

### Resultat BHK ht-2017, slutenvård - följsamhet



SLSO har även genomfört en årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner inom psykiatri, primärvård, ASIH och geriatrik samt ASC (Akademisk specialist centrum) och Habilitering & Hälsa. Medarbetarna registrerade följsamhet till hygienrutinerna vid dagens första patientmöte. Drygt 49 % av medarbetare har svarat på enkäten och svarsfrekvensen har ökat med 2 % jämfört med 2016.

Tabell 2. Resultat av hygiensjälvskattningsmätning 2016 och 2017.

	ASC	ASIH		Geriatrisk		Rehabilitering	Primärvård		Psykiatri		Totalt SLSO	
	2017	2016	2017	2016	2017	& Hälsa	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Antal svar	19	253	221	492	332	499	2270	2331	2476	2326	5491	5728
Bär kortärmad arbetsdräkt	100%	96%	97%	96%	99%	73%	91%	97%	57%	66%	85%	89%
Utan ring, klocka eller armband	100%	95%	96%	97%	97%	50%	88%	94%	60%	67%	85%	84%
Använde handsprit före patientnära vårdarbete	100%	95%	98%	96%	98%	83%	88%	95%	66%	86%	86%	93%
Använde handsprit efter patientnära vårdarbete	100%	97%	100%	97%	100%	96%	93%	98%	74%	91%	90%	94%

Resultat av följsamheten till basala hygienrutiner visar marginella förändringar till det bättre jämfört med 2016 vad gäller ASIH, geriatrisk och primärvård. Inom psykiatri är följsamheten förbättrad beträffande hygienparametrar jämfört med föregående år. Följsamheten beträffande kortärmad arbetsdräkt (66 %) är dock fortfarande låg och 33 % har ring, klocka eller armband. Noteras att psykiatri under de senaste 2-3 åren har förbättrat följsamheten till basala hygienrutiner.

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 systematiskt.

## 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. 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.

### Dosdispenserade läkemedel

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

ApoDos förskrivs på dosrecept i Pascal, det nationella webbaserade verktyget för dosförpackade läkemedel. Apoteket AB är upphandlad leverantör av ApoDos-tjänsten i SLL. Dosförpackade läkemedel används för patienter, i hemmet eller på boenden, med många läkemedel och som har svårigheter med hanteringen av läkemedel.

Slutenvårdsdos är dosdispensering av läkemedel för slutenvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) eller annan vård där vården ansvarar för patientens läkemedelsanvändning. Beställning av slutenvårdsdos skickas från journalsystemet av läkare. Tabletter och kapslar

förpackas för varje patient och doseringstillfälle i individuella dospåsar. Användning av slutenvårdsdos syftar till säkrare läkemedelshantering, frigör sjukskötersketid för omvårdnadsarbete och förbättrar arbetsmiljön. Det leder även till optimerat läkemedelssortiment och därmed minskad kassation av läkemedel, miljöpåverkan och kostnad. Slutenvårdsdos används av samtliga avdelningar på de geriatriska klinikerna samt inom ASIH. Slutenvårdsdostjänsten är upphandlad och SLL har avtal med ApoEx. Under året har avvikelserna ökat i antal. Främst gällande kvalitet, bland annat har läkemedel saknats eller varit felaktiga. Det har även varit problem med leveranserna. SLSO har genomfört uppföljningar med leverantören pga kvalitetsproblemen. Detta har lett till olika åtgärder och förbättringar. Arbetet fortgår.

## Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Tabell 3. Antal risker och avvikelser gällande läkemedel rapporterade i avvikelshanteringssystemet HändelseVis under 2017 jämfört med 2016.

Kategorier	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Administrering	134	110	350	252	308	243
Övrigt, läkemedel	160	149	220	144	93	100
Ordnation	94	112	168	136	76	104
Läkemedelsförsörjning	33	76	48	28	19	13
Kontroll	32	22	20	17	7	3
Läkemedelsgenomgång	18	13	18	13	12	2
Produkt	12	6	5	6	10	3
Antal registrerade	483	488	829	596	525	469

Antalet rapporterade risker ligger kvar på samma nivå som föregående år. Rapporterade tillbud och negativa händelser har minskat i antal från år 2016 till 2017.

## 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 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 följs på substansnivå och mäts med DU90 % som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). Följsamheten påverkas inte av vilket generiskt preparat som förskrivits eller expedierats. Följsamheten till Kloka Listan inom husläkarverksamheten ligger på fortsatt hög nivå, 91 % (92 % 2016). Geriatriken ligger kvar på samma nivå som tidigare, 87 %. För psykiatrien mäts följsamheten till Kloka Listan med tillägg för specialiserad vård och resultatet ligger på 80 % (79 % år 2016).

## Antibiotikaförskrivning

Eftersom antibiotika använts i så stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot antibiotikan, resistens, som ökar i omfattning. Antibiotika ska endast ges på korrekt indikation och med korrekt dosering för att undvika biverkningar och resistensutveckling. Samverkan mot antibiotikaresistens inom Landstinget (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska

resistensutvecklingen. Dessa handlar i första hand om att avstå från behandling. Vid behandling ska även hänsyn tas till behandlingstid och miljö.

I Stockholms län sågs en minskning av uthämtade antibiotikarecept med 4 % 2017. På nationell nivå minskade uthämtade antibiotikarecept med 3 %, framförallt minskade recept till barn 0-4 år. För att nå det nationella målet på 250 recept per 1 000 invånare behöver antibiotikaförskrivningen fortsatt minska.

Fortfarande ligger Stockholm, Gotland och Skåne högst i hela landet. Stockholms län ligger på 331 uthämtade recept per 1 000 invånare och år, jämfört med Gotland 353 och Skåne 337.

Endast Västerbotten har uppnått målet.

Husläkarverksamheterna i SLL står för mindre än hälften (43 %) och närakuter för 10 % av uthämtade antibiotikarecept. De allra äldsta patienterna hämtar ut flest antibiotikarecept per 1 000 invånare och där utgör nästan hälften av recepten urinvägsantibiotika.

Luftvägsantibiotika dominerar bland små barn. Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s husläkarverksamhet har minskat från 158 recept (2016) till 142 recept (2017) per 1 000 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 % av alla urinvägsinfektioner, i primärvården.

Antibiotikagruppen kinoloner har största risken för resistensutveckling, därför ska användning av dessa läkemedel begränsas. Enligt Stramas rekommendationer ska användningen av icke-kinolon antibiotika utgöra minst 90 % av behandlingen vid UVI, dvs. det nationella målvärdet är max 10% kinoloner. Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s vårdcentraler fortsätter på en hög nivå och uppnår STRAMA:s mål.

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

	2016 (%)	2017 (%)
Riket	87	87
SLL vårdcentraler	93	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 penicillin V (PcV). Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0-6 år är att andelen som behandlas med PcV bör vara större än 80 %.

Uthämtade recept på luftvägsantibiotika minskade totalt sett med 6,5 % under 2017 jämfört med 2016. Den totala användningen av luftvägsantibiotika till barn 0-6 år minskade med hela 11 % under 2017, en minskning efter 2016 års ökning. Det är glädjande att PcV med smalt spektrum används i större utsträckning och andelen PcV av luftvägsantibiotika till barn i Stockholms län har ökat jämfört med 2016. Inom SLSO:s vårdcentraler ses en fortsatt ökning av andelen PcV till barn från 2016 till 2017.

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

	2016 (%)	2017 (%)
Riket	71	76
SLL vårdcentraler	77	81
SLSO vårdcentraler	79	82

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

### **Läkemedelsgenomgångar**

Läkemedelsgenomgång är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Metoden innebär också omprövning och uppföljning av en patients totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Målet för läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. En säker terapi innebär att patienten får en individuellt anpassad behandling utifrån diagnoser där hänsyn har tagits till bland annat patientens ålder, organfunktion, biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Läkemedelsgenomgång ska genomföras enligt socialstyrelsens föreskrifter, (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.

### **Läkemedelsförsörjning**

Alla vårdenheter beställer rekvisitionsläkemedel via de upphandlade leverantörerna ApoEx och Apotek Produktion & Laboratorier (APL) samt använder beställningssystemet för läkemedel, Visma Proceedo. Beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering). Enligt Svensk författningssamling Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning är vårdgivaren skyldig att ha en sjukhusapoteksfunktion. Sjukvårdsdirektören har ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion. I sjukhusapoteksfunktionen ingår även chefläkare, överläkare, farmaceut, verksamhetschefer samt ansvariga för alla led av läkemedelstransporter. Sjukhusapoteksfunktionen samordnar, stödjer, följer upp och bistår verksamheterna med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via mail, telefon och intranät.

SLSO bidrar med 20% av en heltid till SLLs regionala sjukhusapoteksfunktion.

Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i landstingen.

### **Övrigt inom läkemedelsområdet**

SLSO har två representanter i den centrala gaskommittén inom SLL och deltar i möten 4 gånger per år. Ett pilotprojekt, Sortimentsoptimering av läkemedel och granskning av användningen av miljöbelastande läkemedel, pågår med deltagande enheter från geriatrik, ASIH och psykiatri där syftet är att öka kvaliteten, förbättra och säkerställa hela läkemedelshanteringsprocessen på enheterna. Detta påverkar även kassationen av läkemedel. Den upphandlade tjänsten Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, har avropats från leverantören Apoteket AB och är obligatorisk för alla enheter som rekvirerar läkemedel, har använts av 64 enheter inom SLSO under 2017 (58 enheter år 2016).

En annan upphandlad tjänst från Apoteket AB, Läkemedelssupport, dvs. beställning av rekvisitionsläkemedel och skötsel av läkemedelsförrådet på enheten, har avropats av sex stycken enheter. SLSO har deltagit i SLL övergripande läkemedelsrelaterade upphandlingar under året. Den ena upphandlingen omfattade läkemedelsautomater och den andra läkemedelsförsörjningen. Upphandlingen om läkemedelsautomater har överklagats och är därmed ej avslutad. Upphandlingen om läkemedelsförsörjningen har avslutats och tilldelats ApoEx med avtalsstart under 2018.

Under höstterminen 2017 har en apotekarstudent utfört sitt examensarbete på verksamhetsstöd patientsäkerhet. Hon har studerat läkemedelsavvikelser, med tonvikt på

narkotikaklassade läkemedel, rapporterade av SLSOs enheter i avvikelshanteringssystemet HändelseVis åren 2015-2016.

Kartläggning av säkerheten av läkemedelshanteringen och i läkemedelsförråden har påbörjats under året via enkätundersökningar.

Vikten av att rapportera misstänkta läkemedelsbiverkningar till LäkeMedelsverket har tagits upp i de olika verksamhetsområdenas ledningsgrupper.

## 2.3 Riskhantering

Inom SLSO:s enheter sker riskhantering på olika sätt. Risker identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. Riskerna ska rapporteras i HändelseVis, SLL:s gemensamma IT-stöd för risk- och avvikelshantering. Systemet används inom samtliga förvaltningar och bolag som tillhör SLL vilket möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar/bolag. De risker som rapporterats i systemet granskas och handläggs på enhetsnivå. På övergripande nivå sker en granskning som resulterar i en handlingsplan med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år. En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som risker. Även under 2017 har området dokumentation/informationsöverföring dominerat, speciellt avseende information i vårdens övergångar och remisshantering. Risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också fortsatt stora. Medarbetarna engageras i arbetet med risker. Riskerna diskuteras på APT, i ledningsgrupper, planeringsdagar, på andra möten och det tas fram åtgärdsförslag i syfte att minimera alternativt eliminera risker.

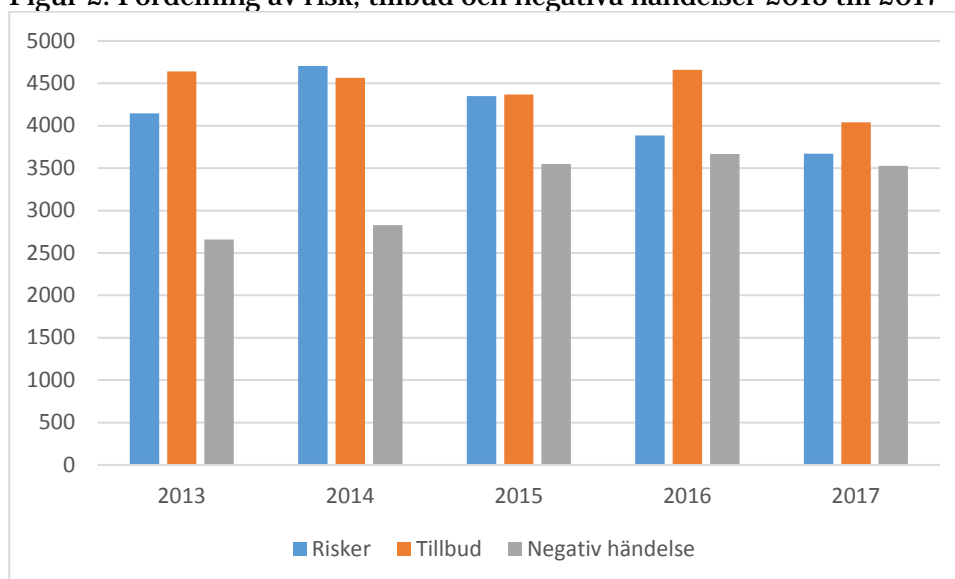
Vid större förändringar i verksamheten utförs alltid en riskanalys. Inom SLSO görs årligen en övergripande riskinventering och riskanalys inom flera strategiska områden som ligger till grund för SLSO:s internkontrollplan.

## 2.4 Avvikelsehantering

Avvikelseberapporteringen varierar mellan vårdgrenarna. Det beror sannolikt på vårdgrenarnas uppdrag, vårdens innehåll och skillnader i patientsäkerhetskultur. Samtliga verksamheter har lokala rutiner för risk- och avvikelshantering. Rapportering sker i HändelseVis. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter görs en första analys av rapporten av närmaste chef som vidarebefordrar rapporten till en patientsäkerhetsgrupp som granskar, godkänner eller kompletterar de aktuella åtgärdsförslagen. Beslutade åtgärder följs sedan upp. Det finns förbättringsutrymme när det gäller verksamheternas uppföljning av åtgärder. I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vårdavvikelse för sina enheter. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker på APT, i ledningsgrupper och samverkansgrupper. Sedan 2013 har andelen rapporterade risker minskat. Antalet negativa händelser är väsentligen oförändrat sedan 2015, se figur 2.



Figur 2. Fördelning av risk, tillbud och negativa händelser 2013 till 2017



## 2.5 Hantering av klagomål och synpunkter

En viktig del i verksamhetens kvalitetsarbete är utredning av klagomål och synpunkter. Enligt patientsäkerhetslagen och 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. Den enskilde patienten och hans närstående ska ges möjlighet att engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Patienter och närstående kan även vända sig till Patientnämnden (PaN), anmäla till IVO eller vända sig till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Dessutom genomförs patientenkäter där patienter kan lämna synpunkter.

Ett mål för SLSO är att tillgodose patienters behov och förväntningar på vård och behandling, tillgänglighet och bemötande. Patienten eller närstående har alltid möjlighet att lämna synpunkter eller klagomål på utförd vård. Klagomål och synpunkter hanteras i första hand inom berörd verksamhet och bidrar till kvalitetsförbättringar. 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. Klagomål, synpunkter och vidtagna åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare inom berörd verksamhet, andra involverade i händelsen, berörd patient och närstående. Analys och uppföljning av klagomål och synpunkter sker regelbundet inom verksamheten i olika forum t.ex. på arbetsplatsträffar, ledningsgruppsmöten och i samverkansgrupper.

### Klagomål och synpunkter till Patientnämnden

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

Patientnämnden ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. PaN-ärenden

innehåller viktig information som utgör underlag för vårdens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Samtliga klagomål och synpunkter delges verksamhetschef eller motsvarande. PaN handlägger en del av klagomålen själva och övriga skickas till SLSO för handläggning. Tabellen nedan visar antalet ärenden per vårdgren som anmälts till PaN.

Tabell 6. Antal ärenden från PaN.

	2014	2015	2016	2017
Geriatrik/ASIH	15	14	11	7
Primärvård	206	211	247	251
Psykiatri	172	244	234	214
Habilitering och Hjälpmedel	9	7	19	14
SLSO totalt	402	476	511	486

Antal ärenden inkomna från patientnämndens förvaltning har minskat något i antal jämfört med 2016.

Klagomål som kategoriseras av PaN som behandling dominerar (251 st). Dessa handlar exempelvis om läkemedelsbehandling, brister eller utebliven behandling, fördröjd eller missad diagnos. Tillgänglighetsklagomål (88 st) har handlat om svårigheter att komma fram på telefon och lång väntetid till besök eller behandling. Ärenden som gäller bemötande (66 st) har handlat om brister vid telefonkontakt och besök. Övriga klagomål har kategoriserats under administration, ekonomi, journaldokumentation, juridik och omvårdnad.

### **Hur kan ett klagomål till patientnämnden bidra till bättre vård?**

Nedan följer exempel på hur patientklagomål ökar kvaliteten i vården genom att åtgärder vidtagits.

#### *Problem vid receptförnyelse*

En kvinna har till patientnämndens förvaltning anmält problem med receptförnyelse. Hon kontaktade vårdcentralen och fick besked om att receptet skulle utfärdas dagen efter och att hon inte behövde träffa en läkare för att få receptet. Vid apoteksbesöket fanns inget recept. Tre dagar senare kontaktades vårdcentralen och hon fick då besked att receptet skulle finnas på Apoteket på eftermiddagen. Kvinnan skulle resa bort och var angelägen om att hämta ut sin medicin före resan. Hon besöker åter apoteket, inget recept finns. Hon uppsöker vårdcentralen och blir informerad om att receptet ska finnas på Apoteket på eftermiddagen men krävde då att få sitt recept i handen, vilket hon också fick. Kvinnan har utan framgång försökt få kontakt med enhetschefen för vårdcentralen för att framföra sitt klagomål.

I yttrande beklagar verksamhetschefen det inträffade och konstaterar att receptförnyelse inte har fungerat i hennes fall. Hon framför att vårdcentralen arbetar kontinuerligt med kvalitet och patientsäkerhet och att det kommer att se över rutinen samt ta upp detta exempel på ett personalmöte för att förhindra att något likande upprepas.

#### *Problem att nå vården per telefon*

En man har till patientnämndens förvaltning anmält att det är svårt att boka tid per telefon hos sin vårdcentral. När han ringer är det en inspelad röst som ger information om att tiderna är fullbokade. Mannen önskar svar på varför det inte går att boka en tid per telefon.

I yttrande tackar verksamhetschefen för återkoppling och framför att de arbetar intensivt med att förbättra tillgängligheten både med ökad bemanning och förbättrade arbetssätt.

Målsättningen är att det inom en snar framtid ska märkas tydlig skillnad och att patienter ska få rätt och personlig hjälp per telefon.

## Patienters klagomål till Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) hanterar inkomna klagomål från patienter som handlar om informations- och kommunikationsbrister, diagnostik, vård och behandling, läkemedelsbehandling, m.m. Berörd verksamhetschef får klagomålet för handläggning. Innan begärda handlingar skickas till IVO, granskas de av chefläkare. Totalt antal patientklagomål som inkom från IVO till SLSO 2017 har ökat och uppgick till 290. Ökningen är inom psykiatri. Av de 96 klagomål där IVO under 2017 fattade beslut har kritik lämnats i 13 av dessa (14 %).

Tabell 7. Antal klagomål från IVO till SLSO per vårdgren.

Vårdgren	2014	2015	2016	2017
Geriatrik/ASIH	20	14	25	18
Primärvård	84	126	108	94
Psykiatri	114	156	98	177
Övriga	1	0	3	1
SLSO totalt	219	296	234	290

## Patientvägledare

SLSOs patientvägledare tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Flertalet klagomål och synpunkter framförs på telefon och återförs för handläggning till berörd verksamhet. Patientvägledaren ger också stöd till verksamheterna i handläggning av klagomål. Inkomna telefonsamtal till patientvägledaren har oftast handlat om tillgängligheten per telefon till primärvården.

## 2.6 Utredning av vårdskador

HändelseVis är ett avvikelshanteringssystem inom SLL. SLSO har under 2017 registrerat 3 595 negativa händelser i systemet, vilket är i nivå med 2016. Över tid tenderar de negativa händelserna att öka, vilket framgår i tabell 8. Av de negativa händelserna bedöms en mindre del som vårdskada dvs. händelsen hade kunnat undvikas om den handlagts adekvat. Om vårdskadan bedöms som allvarlig kontaktas chefläkare. Chefläkare beslutar om lex Maria anmälan till IVO. Tillbud som hade kunnat medföra allvarlig vårdskada rapporteras och granskas på samma sätt. Från och med 1 oktober 2017 ska bedömning om händelsen är en vårdskada registreras i HändelseVis.

Tabell 8. Andel risk, tillbud och negativ händelse.

År	Risk (%)	Tillbud (%)	Negativ händelse (%)
2013	36	41	23
2014	39	38	23
2015	35	36	29
2016	32	38	30
2017	33	36	31

Av tabell 9 framgår att majoriteten av negativa händelser har ingen, mindre eller måttlig konsekvens för patienten. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för patienten, gäller huvudsakligen psykiatri och beroendevård. I de flesta fall handlar det om självmord och dödsfall under oklara omständigheter. Rapporterna med betydande konsekvens

handlar till största delen om dokumentation, informationsöverföring, behandling och omvårdnad.

Tabell 9. Fördelning av konsekvens i procent vid negativ händelse samt antal registrerade rapporter.

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma	Antal reg
2013	6	7	22	41	6	18	2 721
2014	6	6	22	42	5	19	2 894
2015	5	5	22	42	6	20	3 605
2016	5	7	20	40	5	23	3 737
2017	5	6	21	40	5	23	3 563

Det totala antalet lex Maria anmälningar inom SLSO är i stort sett oförändrat jämfört med 2016. Psykiatri har flest antal anmälningar huvudsakligen avseende självmord. Självmord som sker i samband med pågående vård och behandling skulle fram till och med den 31 augusti 2017 alltid anmälas till IVO enligt lex Maria och därefter enbart när suicid, efter intern utredning, bedömts som allvarlig vårdskada. Inom psykiatri har anmälan av händelser som avser annat än suicid och suicidförsök ökat, bland annat brister i samband med tvångsvård. Inom primärvården dominerar anmälningar avseende brister i utredning och diagnostik.

Tabell 10. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren.

	2013	2014	2015	2016	2017
Psykiatri	71	111	112	134	126
Primärvård	37	34	36	27	29
Geriatrik/ASIH	1	5	2	3	3
Övrigt	1	0	1	2	2
SLSO totalt	110	150	151	166	160

## Ett lärande exempel av en lex Maria anmälan

### Händelse:

En äldre patient ordinerades blodförtunnande läkemedel, efter en hjärt- kärloperation. Läkaren på vårdcentralen genomförde den förnyade ordinationen via förskrivningsverktyget Pascal samma dag som patienten skrevs ut. De nya doserna (ApoDos) med de blodförtunnande läkemedlen överlämnades inte till patienten på grund av brister i informationsöverföringen och kommunikationen. Patienten återkom tio dagar efter utskrivningen till sjukhuset med hjärtinfarkt och avled senare på sjukhuset.

### Chefläkarbedömning:

Den uteblivna antikoagulantibehandlingen och hjärtinfarkten har sannolikt helt eller delvis ett orsakssamband. Det inträffade har därmed medfört att patienten drabbats av en allvarlig vårdskada.

Pascal är inget ordinationsverktyg utan ett förskrivningsverktyg "elektroniskt receptblock" där läkemedel sedan expedieras i APO-dospåsar. Alla läkemedelsordinationer ska dokumenteras i patientens journal.

*Verksamhetens identifierade bakomliggande orsaker:*

Kommunikation och information:

- Ansvarig sjuksköterska blev inte informerad skriftligt om dosändringen och att ny APO-dosrulle beställts
- Ansvarig sjuksköterska blev inte informerad skriftligt att APO-dosrulle inte kunde levereras enligt planering

Procedurer riktlinjer och rutiner:

- Läkemedelsändringen journalfördes inte enligt gällande rutin

*Verksamhetens vidtagna åtgärder:*

Rutinerna har setts över och i dessa har särskilt förtydligats:

- Vikten av att skriftligt ge information när akut APO-dosrulle beställs
- Att APO-dosrulle emottas och packas upp av patientansvarig sjuksköterska
- Att skriftlig information ges då APO-dosrulle inte kunnat levereras
- Att samtliga läkemedelsordinationer skall journalföras

Rutinerna ska presenteras på gemensamt läkar- och sjuksköterskemöte och därefter omedelbart tas i drift. Samt även tas upp på nästkommande APT för samtlig personal.

Uppföljning av hur de nya rutinerna fungerar kommer att ske löpande, men även under APT under våren 2018. Ansvarig för detta är MAL.

*Riskbedömning:*

Efter vidtagna åtgärder anses risken minimal för att liknande händelser ska inträffa igen. Det finns ingen kännedom om liknande händelser tidigare i verksamheten.

*IVO:s bedömning och beslut:*

IVO bedömer att vårdgivaren har fullgjort sina skyldigheter att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Denna skyldighet framgår av 3 kap. 3 och 5 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att förhindra att något liknande händer igen. Därmed har vårdgivaren uppfyllt kraven i 3 kap. 2 § PSL och 3 kap. 4-8 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete samt 5-8 §§ Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

### **Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten**

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skäligen anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Under 2017 har 9 medarbetare eller före detta medarbetare inom SLSO anmälts till IVO. Fördelningen mellan vårdgrenarna var 5 inom psykiatri, 4 inom primärvården.

### **Anmälan av brister i säkerheten**

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

## 2.7 Informationssäkerhet

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

Den systematiska uppföljningen av informationssäkerheten ska ske med hjälp av Compliance-portalen, ett SLL-gemensamt verktyg för självskattning.

Självskattning på förvaltningsnivå har lämnats under flera år. Under 2017 har implementering påbörjats på verksamhetsnivå, genom att självskattning genomförts av samtliga resultatenheter inom verksamhetsområde psykiatri. Därtill har en självskattning lämnats avseende SLSOs dokumenthanteringssystem.

Under 2017 har också beslut fattats om att stärka kompetensen avseende informationssäkerhet, genom anställning av ytterligare en informationssäkerhetssamordnare.

## 2.8 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året

Ledning och styrning av det systematiska och strukturerade patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att utvecklas under 2017. Detta främst genom mål och kravställning att samtliga resultatenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och sedan upprätta en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Förbättrad antibiotikaförskrivning är ett viktigt mål som funnits med i flera år och resultatet blir bättre för varje år. Föregående år var resultatet 158 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter och år 2017 blev resultatet 142 per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamhet. Minskad förekomst av vårdrelaterade infektioner är ett annat viktigt mål för patientsäkerheten och följs sedan flera år med punktprevalens-mätningar inom slutenvården. SLSO:s mål för detta uppnåddes och den sammantagna andelen patienter med VRI var låg.

Tabell 11. SLSO:s övergripande indikatorer, mål och resultat för patientsäkerhetsarbetet 2017.

	<b>Andel patientsäkerhetsberättelser</b>	<b>Återinläggning inom 30 dagar efter slutenvård inom geriatriken</b>	<b>Förbättrad antibiotikaförskrivning</b>	<b>Minskade vårdrelaterade infektioner vid punktprevalensmätning</b>
Mål	100 % <sup>(1)</sup>	< 13 % <sup>(2)</sup>	< 159 uttagna antibiotikarecept <sup>(3)</sup>	< 5,9 % <sup>(4)</sup>
Resultat	96 % av SLSO:s resultatenheter nådde målet	15 %	142 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom husläkarverksamhet	4,1 %

(1) Samtliga resultatenheter ska skriva en patientsäkerhetsberättelse för år 2017

(2) Återinläggning inom 30 dagar efter slutenvård för patienter 65 år och äldre

(3) < 159 uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s husläkarverksamheter

(4) Sammantaget inom SLSO ska andelen patienter med VRI vid PPM 2017 vara < 5,9 %

Skydd mot vårdskada är syftet med patientsäkerhetsarbetet. Idag mäter vi förekomsten av negativa händelser som indikator på vårdskador. 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 12. Utvecklingen 2013-2017 av vårdavvikelser antal och negativa händelser.

År	Antal vårdavvikelse-rapporter (tillbud och negativ händelse)	Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelse-rapporter	Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens	Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser
2013	7 474	36 %	340	4,5 %
2014	7 550	39 %	434	4,5 %
2015	8 061	45 %	376	4,7 %
2016	8 539	44 %	446	5,2 %
2017	7 480	46 %	389	5,2 %

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 till och med allvarliga vårdskador. Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten skulle kunna användas som ett indirekt mått på vårdskador. Statistiken för åren 2013-2017 i tabell 12 visar en ökande andel rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser, från 36 % år 2013 till 46 % år 2017. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser har mellan 2013 och 2016 ökat med 16 % (från 4,5 % till 5,2 %) men ökningen har under 2017 avstannat. Under förutsättning att de i tabell 1 redovisade ersättningsmått speglar utvecklingen av vårdskador, pekar dessa inte mot att vårdskadorna har minskat men skulle kunna ge indikation på att vårdskadorna nu inte ökar.

### 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.

Att mäta och förbättra patientsäkerhetskulturen är en viktig del i arbetet mot en säkrare vård. Patientsäkerhetskulturen mättes 2017 för tredje gången. Mätningen utfördes med den nationella enkäten. Jämfört med föregående mätning år 2014, kan förbättringar ses i följande områden:

- benägenhet att rapportera
- samarbete inom vårdenheten
- öppenhet i kommunikation
- återföring och kommunikation av avvikelser

Resultatet visar att SLSO:s styrkor finns inom dessa områden:

- min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet

- samarbete inom vårdenheten
- öppenhet i kommunikation

Resultatet visar att SLSO:s förbättringsområden är:

- överlämning av patienter och överföring av information (viktig information kring patienters vård överförs mellan enheter och arbetsskift)
- högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete
- arbetsbelastning och personaltäthet

Vid jämförelse med den nationella databasen ligger SLSO med något undantag över rikets resultat.

I den årliga medarbetarenkäten finns 10 frågor om patientsäkerhet, svaren på dessa och svaren på den nationella enkäten är underlag för chefernas planering av enhetens patientsäkerhetsarbete. Högst resultat fick frågan ”Jag inser vikten av att rapportera avvikelser även om patienten inte drabbas” och lägst resultat fick frågan ”På min arbetsplats drar vi nytta av och lär oss av våra misstag”.

## 3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSO:s verksamheter

### 3.1 Primärvård

SLSO:s primärvårdsenheter/resultatenheter har ett eller flera av följande uppdrag: husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, barnhälsovård, vård vid barnmorskemottagning/mödravårdscentral, barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, ungdomsmottagning, husläkarjouren, logopedverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, primärvårdsrehabilitering inklusive specialiserad rehabilitering, psykosociala insatser i primärvård, fotsjukvård, asylmottagningar, akademiska vårdcentraler (AVC) samt centrum för cancerrehabilitering. Det förändrade ersättningsystemet (2016) har medfört möjlighet till nya arbetssätt och tema specialisering på vårdcentralerna, exempelvis äldre-, astma och KOL-, diabetes-, hjärtsvikt- och hypertoni mottagningar. Asylmottagningar har sedan tidigare fått utökad uppdrag med anledning av ökad tillströmning av asylsökande och ensamkommande flyktingbarn. Valsta vårdcentral har ett särskilt uppdrag med hälso- och sjukvård på förvarenheten.

SLSO:s primärvårdsverksamheter har stor geografisk spridning över länet, de är olika stora och antalet listade patienter på vårdcentralerna varierar mellan 4 125 och 31 689. Antal listade patienter per 31 december 2017 var 791 965. Totalt under 2017 var 9 231 patienter inskrivna i hemsjukvården, i genomsnitt 6 037 per månad.

Patientsäkerhetsarbetet är en naturlig del av det dagliga arbetet och utgör en viktig del av verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet kan upprätthållas.

Patientsäkerhetsrisker bedöms med stöd av riskronder, egenkontroll, interna och externa revisioner, risk- och avvikelserapportering i HändelseVis, patientenkäter, inkomna klagomål och synpunkter till verksamheten, anmälningar till Patientnämnden, klagomål till IVO samt patientsäkerhetsfrågor i den årliga medarbetarenkäten. Flera av verksamheterna följer regelbundet vissa parametrar t.ex. MRSA, VRI, trycksår, fall hos hemsjukvårdspatienter, följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler m.m. Webbtidbokning är införd på de flesta enheterna, antalet tillgängliga bokningsbara tider varierar. Vårdcentraler och husläkarjourer använder RGS Webb, ett evidensbaserat standardiserat rådgivningsstöd för sjuksköterskor som ger telefonrådgivning. Patientsäkerhetskultur mätning genomfördes under 2017 och har diskuterats på APT. Arbetet med resultaten kommer att fortsätta under 2018.



Under året arbetade verksamheterna med att stärka akutprocesser för patienter, stärka vård samband med geriatrik och ASIH, nya arbetssätt vid Äldremottagningar, direktinläggning till geriatrik. Samverkan i SVEA projekt, för förstärkt utskrivning från slutenvården, har fortsatt under 2017.

BHV nordväst har utarbetat en checklista för "barnsäkerhetsrond" på mottagningarna. Processarbete har fortsatt inom Vårdlyftet Primärvård med fokus framförallt på förberedelse av rutiner och arbetssätt för den nya Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård (LUS), samt förberedelse "Alltid öppet" med planerad start av piloter den 15 februari 2018. Med appen "Alltid öppet" ges patienter möjlighet till enkel webb-tidsbokning samt videobesök. Inom husläkarverksamheten har tre piloter genomförts angående videobesök till läkare och sjuksköterska.

Under året har en revidering skett av uppdraget för medicinskt ansvarig läkare (MAL) där MAL får en viktig roll i arbetet på resultat enheten tillsammans med verksamhetschef att implementera framtaget material/koncept ifrån processarbetet i Vårdlyftet Primärvård. Primärvårdens representanter har deltagit i SLL patient process och e-Hälsolyftet. SLSO:s Primärvård organiserade Nationella primärvårdskonferensen med deltagande bland annat av representanter från de olika processgrupperna som föredragshållare. Samtliga primärvårdsenheter har under året infört journal via nätet med gott resultat. Sedan oktober 2015 har huvudmannskapet för hälso- och sjukvårdsinsatser för vårdtagare inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) gått över till kommunerna. Läkarinsatserna kvarstår inom Landstinget. Under året har rutiner för kommunikation angående LSS patienterna reviderats och förbättrats. Samtliga barnhälsovårdsenheter har arbetat enligt en gemensam remissrutin och under året fortsatt säkerställa rutiner för hantering av patienter med skyddad ID.

### **Organisation av patientsäkerhetsarbete**

Verksamhetschefen har övergripande ansvar för patientsäkerheten och bistås ofta av MAL, patientsäkerhetsansvarig sjuksköterska, verksamhetens ledningsgrupp och medarbetare som är särskilt engagerade i patientsäkerhetsarbetet. Medarbetare har beretts möjlighet att göra SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet antingen individuellt eller i grupp.

Patientsäkerhetsberättelser har upprättats av 95 % av resultat enheterna i primärvården. Beroende på verksamheternas storlek organiseras patientsäkerhetsarbetet olika. I större verksamheter finns 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 patientsäkerhetsombud och patientsäkerhetssamordnare som handlägger avvikelser. Rapporterade risker och avvikelser följs upp på arbetsplatsträffar, i samverkansgrupp och ledningsgrupp. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

### **Informationsöverföring och samverkan**

Verksamheterna har fortsatt sitt arbete med att säkra informationsöverföring mellan olika vårdgivare och samarbetspartners. Vårdplanering för hemsjukvårdens patienter sker både i hemmet och på annan vårdinrättning. Under hösten har gemensamma lokala rutiner tagits fram för förstärkt mottagande vid utskrivning från sjukhus, LUS. Inom primärvården har stor vikt lagts på arbete med den interna kommunikationen inom respektive enhet och fortsatt revidering av lokala rutiner. Verksamheterna samverkar och har dokumenterade samverkansöverenskommelser med olika samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, primärvårdsrehabilitering, BVC, barnmorskemottagningar, barnläkarmottagningar, kommuner och stadsdelar, ASIH, skolhälsovården, arbetsförmedling och försäkringskassan. Flera vårdcentraler/husläkarmottagningar, husläkarjourer har väl fungerande samarbete med akutsjukhus och ambulanssjukvården.

Primärvårdsrehabiliteringen har också nära samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i slutenvård och öppenvård, Stockholms syncentral med flera.

## **Risker och avvikelser**

All personal har skyldighet att rapportera vårdavvikelser och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Risk- och avvikelshantering är grunden för god och säker vård. De vanligaste riskerna som identifierats vid riskronder är: läkemedelshantering inklusive hantering av läkemedel i hemsjukvården, remisshantering och informationsöverföring mellan olika vårdenheter. Inom husläkarverksamheten görs en riskbedömning vid inskrivningen av patienten i hemsjukvården som omfattar bedömning av risken för undernäring, trycksår och fall. Samtliga primärvårdsenheter använder HändelseVis för rapportering av vårdrelaterade avvikelser. Antal registrerade rapporter i HändelseVis har minskat från 3 736 år 2016 till 3 647 år 2017. Verksamheterna arbetar aktivt och metodiskt med avvikelshantering och regelbundna risk- och konsekvensanalyser. Vid behov görs riskanalys. Verksamheterna hanterar klagomål enligt lokala rutiner. Avvikelser, risker och klagomål tas regelbundet upp på APT, lokala ledningsmöten, samverkansmöten och ligger till grund för utvecklingsarbetet.

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

## **Kompetensutveckling, lärande organisation**

Verksamheterna har aktivt arbetat med att förbättra den medicinska kvaliteten inom områden som diabetes, njursvikt, hypertoni, astma och KOL, vaccinationer, sår och smärta samt övervikt med fokus på ett enhetligt omhändertagande i enlighet med nationella riktlinjer, VISS, Strama rekommendationer och behandlingsmål samt säkerställa att patienter med kroniska sjukdomar får årskontroller och uppföljningar på rätt vårdnivå, av sjuksköterska eller läkare.

Den medicinska kvaliteten följs bland annat genom att regelbundet ta fram och analysera rapporter från journaldata. Primärvårdens verksamheter har haft Dialogseminarium som handlade om e-hälsotjänster via 1177 samt patientprocesser och informatik i syfte att vidareutveckla e-hälsokompetensen hos medarbetare.

Inom verksamheterna följs och analyseras förskrivningsmönster av läkemedel för de olika patientgrupperna. Verksamhetscheferna har regelbundet genomfört journalgranskningar och resultatet återkopplades till medarbetarna individuellt, på APT. Resultatet av journalgranskningar ligger till grund för förbättringsarbetet.

Inom centrum för cancerrehabilitering har en Rutinhandbok arbetats fram med beskrivning av rutiner för rehabiliteringsteamets handläggning och dokumentation i det processflöde som kallas Standardiserat Rehabiliteringsförlopp. Kompletterande rutinhandböcker finns för de team som arbetar med bäckencancerrehabilitering och uppföljning efter barncancer. Rutinhandböckerna uppdateras kontinuerligt.

Deltagande av medarbetare från primärvårdsenheterna i patientsäkerhetsutbildningar och konferenser är fortsatt god. Majoriteten av medarbetare inom primärvården har genomfört SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet. Verksamheter har deltagit i SLSO:s patientsäkerhetsdialoger och genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet. Medarbetarna har genomfört flera utbildningar, bland annat informationssäkerhetsutbildningen DISA, HBTQ-utbildningen, läkemedel och miljö, HLR. Nätverket för 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, SweDem, luftvägsregistret för astma-KOL-patienter, antibiotikaSMART. Alla vårdcentraler är anslutna till kvalitetsregistret Nationell Primärvårdskvalitet för att användas i sitt lokala förbättringsarbete och för benchmarking. I detta finns 83 kvalitetsindikatorer som spänner över viktiga patientbehovsgrupper inom primärvården. Alla kvalitetsregisterrapporteringar sker genom automatisk överföring direkt från TakeCare.

## 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 2017 (92 % 2016), med variation mellan 86 och 95 %. I primärvården genomfördes under året 16 236 fördjupade läkemedelsgenomgångar (11 305 år 2016). En viktig del av patientsäkerhetsarbetet med läkemedel är korrekt hantering, administrering, dokumentation och delegeringar. Majoriteten av patienter i hemsjukvården får läkemedel via ApoDos. Apoteket AB levererar läkemedel i dospåsar som av distriktssköterskor distribueras till patienter. Externa kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering har utförts av 35 enheter (21 under 2016). Några vårdcentraler har genomfört intern kvalitetsgranskning. Majoriteten av primärvårdsenheterna följer dock inte SLSO:s riktlinjer om extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering som ska ske en gång per år.

## Hygien- och klädregler

Samtliga verksamheter ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och SLSO:s riktlinje för basala hygienrutiner. Årligen mäts följsamheten till riktlinjen i en webbaserad självskattningsenkät.

Tabell 13. Resultat av självskattningsenkät i primärvård.

	2016	2017
Antal svar	2 270	2 331
Bär kortärmad arbetsdräkt	91 %	97 %
Utan ring, klocka eller armband	88 %	94 %
Använde handsprit före patientnära vårdarbete	88 %	95 %
Använde handsprit efter patientnära vårdarbete	93 %	98 %

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

## Tillgänglighet

Primärvården arbetar ständigt med att förbättra tillgängligheten som redovisas i olika typer av väntetidsmätningar. Telefontillgängligheten inom primärvården mäts kontinuerligt av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Med telefontillgänglighet avses andel samtal som i undersökningen besvaras inom godkänd tid. Sammantaget för 2017 besvarades 90 % av samtalen inom godkänd tid, att jämföra med 85 % föregående år. Under året har 53 vårdcentraler klarat tillgänglighetsmålen i HSF:s telefontillgänglighetsmätning. Tillgänglighet till primärvårdsrehabilitering för patienter utskrivna från sjukhus och i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet och som erbjudits insatser inom en vardag var 98 % att jämföra med 97 % år 2016. Patienter som erbjudits insatser i neuroteam inom två vardagar efter utskrivning var 97 %, oförändrat jämfört med föregående år.

Patienterna har även möjlighet att boka besökstider via webben vilket förbättrar tillgänglighet till vården. Webbtidbokning är införd i de flesta enheterna inom primärvården. Under 2017 var 1,4 % besök bokade på webben. SLSO har under 2016 infört en automatiserad kontinuerlig väntetidsmätning där uppgifter hämtas från journalsystemet. Uppfyllande av vårdgarantin (läkarbesök inom 5 dagar med ett nytt vårdproblem) ligger på 96 % vid utgången av 2017 för

helåret. Vårdgarantin för primärvårdsrehabilitering hade en måluppfyllelse avseende påbörjade rehabiliteringsinsatser på 96-98 %. Hembesök till nyfödda uppfylldes till 92 % (83 % år 2016) inom barnvårdcentraler, vilket ligger över godkänd nivå.

### **Kunskapsbaserad vård**

En kunskapsbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Verksamheterna använder landstingsgemensamma och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Samtliga yrkeskategorier deltar i olika fort- och utbildningsaktiviteter. Enheterna har arbetat med färdigställande av vårdprocesser för stora diagnosgrupper. Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagandet och vården för multisjuka äldre, demensvård, psykisk ohälsa, handläggning av patienter med artros samt undernäring hos äldre. Vårdcentralerna har fortsatt arbetat med suicidprevention.

## **3.2 Psykiatri**

Våren 2016 skapades inom SLSO Verksamhetsområde (VO) Psykiatri, ett sammanhållet verksamhetsområde för patienter i alla åldrar.

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

Verksamhetsområdet driver cirka 160 öppenvårdsmottagningar dit patienter kan vända sig direkt och ett flertal mottagningar specialiserade på olika typer av diagnoser. Verksamheten omfattar även psykiatrisk heldygnsvård i större delen av länet samt fyra länsövergripande psykiatriska akutmottagningar och en akutbil för omhändertagande av personer med akut psykisk ohälsa.

Verksamhetsområdets ledningsstöd har som uppgift att stötta verksamhetsområdesledningen i det övergripande gemensamma arbetet och stötta verksamheterna i att effektivt öka patientsäkerheten. En beredningsgrupp bereder frågor som rör patientsäkerhet, säkerhet och tvångsvård inför beslut i verksamhetsområdesledningen. Åtgärder som genomförs utifrån identifierade brister i en verksamhet kan med stöd av ledningsstödet genomföras i andra verksamheter där den bristen ännu inte uppmärksammats. Goda exempel sprids och patientsäkerhetsarbetet kommer fler patienter till del.

Forskning och utbildningsinsatser bedrivs tillsammans med Centrum för Psykiatrforskning (CPF). Såväl Modulstöd som Utvecklingscentrum (UC) inom CPF är en resurs i verksamheternas systematiska förbättringsarbeten av vård, behandling, ledarskap och organisation.

### **Övergripande patientsäkerhetsarbete**

I verksamhetsområdet pågår ett kontinuerligt systematiskt kvalitetsarbete där det interna patientsäkerhetsarbetet är organiserat på likvärdigt sätt. Verksamhetsområdeschefen är ansvarig för patientsäkerheten inom verksamhetsområdet. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten inom resultatenheten, ofta med hjälp av en chefsöverläkare.

Därefter vilar ansvaret på sektions- och enhetsnivå samt medicinskt ledningsansvariga överläkare.

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. SLSO:s verksamhetsplan, verksamhetens styrkort, kontroll- och uppföljningsplaner reglerar ledningsgruppens uppföljning. Patientsäkerhetsombuden träffas vid gemensamma möten i syfte att öka kunskapen om vikten av patientsäkerhetsarbete och förtydliga hur rapportering och uppföljning ska ske.

Risker och avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis, analyseras och vid behov genomförs en intern utredning, händelseanalys och/eller riskanalys. Risker och avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar och ibland i ledningsgrupper och kan leda till nya eller förändrade rutiner. Verksamhetens medarbetare som övergripande arbetar med patientsäkerhet, kompetensutvecklas inom risk- och händelseanalys.

Riskanalyser görs vid planerade organisationsförändringar eller vid identifierade risker för patienter, miljö eller medarbetare. I psykiatrins slutenvård görs riskanalyser inför varje sommar som resulterar i handlingsplaner på verksamhetsnivå för att säkerställa patientsäkerheten under sommarperioden. På verksamhetsområdesnivå görs sedan sommaren 2017 en övergripande gemensam handlingsplan. Ett analysteam kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal, fackliga företrädare, personalhandläggare, patientsäkerhetshandläggare och brukarinflytandesamordnare (BISAM). Händelseanalyser görs utifrån särskilda avvikelser. Klagomål och synpunkter till verksamheten tas omhand i det systematiska förbättringsarbetet.

Nya medarbetare får information om patientsäkerhetsarbetet vid introduktionen. Medarbetare har beretts möjlighet att genomgå SLL:s e-utbildning i patientsäkerhet antingen individuellt eller i grupp. Chefer har kunnat delta vid SLL:s Patientsäkerhetsutbildning för chefer.

SLSO:s styrelse beslutade 2016 att varje resultatenhet ska göra en egen årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet baserad på en riskanalys där patientsäkerhetsrisker och åtgärder fastställs. I en egen patientsäkerhetsberättelse sammanfattar varje resultatenhet sitt patientsäkerhetsarbete under året.

### **Resultatenheternas patientsäkerhetsarbete**

Nedan beskrivs utdrag ur resultatenheternas egna patientsäkerhetsberättelser.

I september 2017 fördes BUP öppenvård och BUP heldygnsvård samman till en resultatenhet, BUP Stockholm. Cirka 21 400 unika patienter hade kontakt med ca 176 900 öppenvårdsbesök (175 700 år 2016) och ca 6 400 dygn i heldygnsvård (5 530 år 2016). En central patientsäkerhetsgrupp bildades direkt under verksamhetschefen, bestående av central patientsäkerhetssamordnare med tillskott av patientsäkerhetsöverläkare och chefsöverläkare från heldygnsvården. BUP:s patientsäkerhetsarbete fokuserade bland annat på riskronder på enheterna, ökad andel rapporterade risker och avvikelser och stärkt patientsäkerhetskultur, uppföljning av LPT-vård och dokumentation, publicering av en skrift för psykofarmakologisk behandling samt säker och enhetlig uppföljning av läkemedel.

Övergripande mål och strategier inom PNV var att förbättra medvetenheten om risker och upptäcka okända risker, förbättra säkerheten i kommunikationen, förbättra kvaliteten på självmords- och våldsriskbedömningar och systematisk användning av krisplaner för att minska patientsäkerhetsrisker. Andra mål var att förbättra bemötandet i svåra situationer och minska användning av tvångsätgärder, förbättra rättssäkerheten vid tvångsätgärder och ökad patientsäkerhet i samband med akut lugnande injektioner. Ett pilotprojekt med

markörbaserad journalgranskning (MJG) som metod för egenkontroll för att identifiera vårdskador avslutades och redovisades för verksamhetsområdets ledningsgrupp.

NSP har under året omarbetat sin patientsäkerhetsorganisation i syfte att förbättra handläggning och återkoppling av patientsäkerhetsfrågor. Omorganisationen syftar också till att få en bättre struktur och överblick, med ökad möjlighet till strategiska och proaktiva insatser. Målen för patientsäkerhetsarbetet var förbättrat genomförande av strukturerade suicidrisk- och våldsriskbedömningar, ökat antal riskinventeringar på enheterna samt säkerställande av att behövlig information lämnas till patienter och anhöriga i samband med vårdskador i enlighet med Patientsäkerhetslagen. Minskat antal avvikelserapporter från medarbetare noterades, som får ökat fokus under 2018. Antalet tvångsvårdsåtgärder minskade, vilket tolkas som en positiv utveckling.

Inom PSS gjordes en revidering av rutindokument som rör patientsäkerhet, arbetsätt för avvikelshantering och implementering av ledningssystem. Uppföljning av planerade åtgärder har varit bristfällig och ett förbättringsarbete påbörjades under året. En processbeskrivning för handläggning av allvarliga händelser och en process för systematiskt handläggande av patienters klagomål på vården togs fram. Egenkontrollen av beslut enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård ökade. Verksamheten var pilotklirik för projektet "Säker suicidprevention" i samarbete med Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag LÖF. Internrevision för bl. a. patientsäkerhet genomfördes vid samtliga nivåer i en av verksamhetens sektioner.

Inom PSV fortgick införandet av den egna processorganisationen i syfte att skapa bättre förutsättningar för säker, effektiv och jämlik vård och behandling, baserad på kliniska riktlinjer och vetenskaplig evidens. Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet låg på förebyggande insatser som riskrapportering, riskanalyser, riskbedömning avseende trycksår och fallrisk samt riskbedömning för suicid. Arbetet inriktades mot förbättrad avvikelshantering, journaldokumentation och informationsöverföring. Rapporteringen av risker och avvikelser ökade något. Arbetet fortgick med att etablera nya, patientsäkra och ändamålsenliga lokaler för heldygnsvård utifrån det ombyggnadsprojekt som bedrivits inom Framtidens hälso- och sjukvård. Strategin var att tillsammans med medarbetare och brukare och utifrån senaste kunskap utforma patientsäkra lokaler med god arbetsmiljö som stöttar läkande.

PCS arbetade vidare med att öka medvetenheten och kunskapen om patientsäkerhet, förmågan att identifiera risker samt att komma igång med preventivt patientsäkerhetsarbete. Dessa mål var generella och omfattade all personal. Specifika mål som uppnåddes var att andelen positiva svar på medarbetarenkätens frågor om patientsäkerhet ökade från 61 % till 78 %, och antalet avvikelserapporter gällande läkemedel minskade till 13 (mål  $\leq 20$ ). Patientsäkerhetsombud och enhetschefer arbetade för ökad kunskap om preventivt patientsäkerhetsarbete och förtydligande av processen för rapportering och uppföljning. Exempel på genomförda åtgärder är utbyte/förstärkning av dörr, byte av bältessängar och bälten, utbildnings- och rekryteringsinsatser samt manualer för arbete med processkartor för olika diagnoser.

Inom RPV fick omvårdnadspersonal och läkare utbildning om tillämpning och dokumentation av tvångslagstiftningen. Överläkare med chefsöverläkaruppdrag fick separat utbildning av chefsöverläkaren. Klinikledningen medverkade på landstingets Patientsäkerhetsdagar där resultatet från en enkät om patienternas uppfattning om stödpersoner redovisades. Ett dokumentationsforum startades under året där representanter från alla enheter följer upp nyheter och förändrade rutiner. Information gavs om det nya vårdplaneringsinstrumentet, i fokus är nu patientens medverkan i sin egen vårdplanering. Många patienter är överviktiga och får komplikationer på grund av stillasittande, felaktiga kostvanor och i vissa fall läkemedelsbiverkningar. BMI är noterat på 97 % av klinikens patienter. En arbetsgrupp bestående av klinikens magisterutbildade sjuksköterskor utvecklade ett arbetsätt för hälsofrämjande åtgärder. Journal via nätet infördes på alla enheter. Så gott som all personal

som arbetar med patienter i slutenvård har utbildats i att ledsaga patienter vid vistelser utanför sjukhuset.

Inom BCS ökade inrapporterade risk- och vårdavvikelser inom öppenvårdssektionerna som en positiv utveckling för patientsäkerhetskulturen. Patientsäkerhetsgruppen genomförde fördjupad granskning av 89 inrapporterade avvikelser. Av dessa resulterade 22 i interna utredningar tillsammans med åtgärdsförslag för att förhindra liknande händelser. Helydgvården satsade på att minska antalet utvecklade delirium tremens. Genom utbildningar och bättre kontroll av vitalparametrar har andelen minskat från 1,6 % till 1,1 % vilket ses som en stor förbättring sett till det stora antalet patientbesök som sker årligen. Antalet hepatitvaccinationer har ökat från 5-10 till 40-50 per månad. Suicidriskbedömningar följdes kontinuerligt upp och ligger på omkring 99 % för alla besök inom helydgvården. För öppenvården är detta svårare att följa då alla besök inte kräver dokumentation av suicidrisk till exempel då patienten enbart hämtar Antabus.

SCÄ etablerade en ny patientsäkerhetsorganisation under året och den övergripande målsättningen var att implementera en ny organisation för avvikelshantering och patientsäkerhetsarbete samt främja en god samverkan inom verksamheten, med andra verksamheter samt med patienter, deras närstående och patientorganisationer. SCÄ samverkar bland annat med BUP helydgvård, Sachsska barnsjukhuset, Maria Ungdom, länets privata ätstörningsvård och kommuner. Patienter och närstående deltar i gemensamma utbildningar. Verksamhetschefen med ledningsgruppen deltar regelbundet i möten med patientföreningen Frisk & Fri. Antalet avvikelser ökade, vilket ses som positivt.

### **Journaldokumentation**

Den 7 november anslöts psykiatrins verksamheter till tjänsten Journal via nätet. Införandet föregicks av omfattande förberedelser till exempel en uppdaterad och utvidgad instruktion för journalföring, riskanalyser och pilotinförande på 11 enheter. Erfarenheterna från piloten blev en del av innehållet i de dialogseminarier som genomfördes för alla medarbetare. En ny journalmall för vårdplaner utvecklades och breddinfördes för att kunna läsas av patienter i Journal via nätet. Enheter som behandlar patienter yngre än 18 år är ännu undantagna.

### **Samverkan**

Det pågår en övergripande samverkan mellan SLL och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och eller missbruk och beroende. Under året tillkom en regional arbetsgrupp i syfte att stödja regional samverkan och implementering av regionala överenskommelser. På kommun/stadsdelsnivå finns skriftliga samverkansöverenskommelser mellan psykiatri och kommuner/stadsdelar.

På uppdrag av Regionala samrådet för psykiatri och beroendefrågor finns ett länsgemensamt samordnad individuell plan (SIP) material för vuxna som reviderades under året. För barn och unga finns en gemensam mall för SIP framtagen av HSF och KSL.

Ett övergripande arbete pågår kring gemensamma riktlinjer och rutiner för implementering av den nya lagen ”Lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård” (2017/18:12) för att ge patienterna en trygg och säker utskrivning.

Arbete pågår för att förbättra samverkan mellan psykiatri och andra vårdgrenar. Tillsammans med primärvården pågår ett projekt för ömsesidig konsultation för att förstärka första linjens psykiatri med konsultstöd från specialistpsykiatri och fånga upp psykiatriskt långtidssjuka patienter som har behov av somatisk vård.

Ett annat projekt är Psykisk ohälsa i somatik som leds av SLSO Psykiatri med deltagande från övrig sjukvård, som del i SLL:s arbete med patientprocesser. Målet är att patienter med

samtidig psykisk och kroppslig sjukdom ska få adekvat omhändertagande och behandling i hela vårdkedjan. De konsultationspsykiatriska insatserna till somatisk sjukhusvård har fortsatt att utvecklas. Det finns utvecklade och aktiva samarbetsformer med externa partners såsom kommuner, försäkringskassa och arbetsförmedling.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

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

Vid varje utskrivningstillfälle från heldygnsvården erbjuds patienter att besvara en enkät om vården på avdelningen. Resultaten sammanställs och presenteras på respektive avdelning samt på verksamhetens interna och externa hemsida. De flesta vårdenheter har förslagsbrevlådor där patienter och närstående kan lämna förslag och synpunkter. Kommunikatörer inom VO psykiatri har påbörjat arbete med att ta fram en välkomstguide som ska kunna användas i psykiatrins heldygnsvård.

I öppenvården erbjuds patienter under två veckor vår och höst att fylla i en enkät om vården.

Verksamheterna har ett kontinuerligt och strukturerat samarbete med olika patient-, brukar- och närståendeföreningar och även på VO-nivå har ett brukarråd inrättats formellt under året. Majoriteten av avdelningarna har patientforum i heldygnsvård. Minnesanteckningar från forummöten används som underlag för verksamheternas förbättringsarbete. Under året har registrering påbörjats av allt deltagande och allt som framkommit i de hittills genomförda patientforumen. Dessa sammanställningar görs på ett enhetligt sätt inom hela verksamhetsområdet. I öppenvården finns arbetssätt såsom väntrumshearing, patientforum öppenvård och samrådsgrupper där patienter kan framföra frågeställningar, förbättringsförslag och synpunkter.

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

Efter en tvångsätgärd är det av stor betydelse att ha ett uppföljande samtal med patienten. Syftet med ett sådant samtal är att uppmärksamma patientens upplevelser och därigenom tydliggöra händelseförloppet, stärka patientens förtroende för vården och minska behovet av framtida tvångsätgärder. Stockholms Läns landsting delar ut patientsäkerhetspris i samband med Patientsäkerhetsdagarna till de som särskilt har bidragit till att förbättra patientsäkerheten genom nya metoder, verktyg eller arbetssätt. Verksamhetsområdet tilldelades tredjepriset för uppföljningssamtal efter tvångsätgärd. Juryns motivering löd: "Genom implementering av strukturerade uppföljningssamtal efter tvångsätgärd blir patienten delaktig och kan då påverka sin framtida vård. Personalen får en insikt och ökad förståelse för patientens upplevelser."

### **Förebyggande av självmord (suicidprevention)**

Hälsa- och sjukvårdspersonal utbildas kontinuerligt i att genomföra suicidriskbedömning. I journalsystemet finns stöd för dokumentation av strukturerade suicidriskbedömningar.



Uppföljning av patienter med förhöjd självmordsrisk görs enligt lokala rutiner. Suicidpreventionsgrupper tar fram underlag till preventiva åtgärder. Grupperna stödjer även berörd personal efter patienters självmord.

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

Psykiatriska akut mobiliteten (PAM) är ett utryckningsfordon för snabba insatser vid akut psykisk ohälsa med högsta prioritet på suicid-prevention. Fordonet är knutet till Stockholms läns psykiatriska akutmottagning på NSP, men har hela Stockholms län som arbetsområde. Precis som ambulanser larmas PAM via SOS Alarms telefonnummer 112. PAM är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet i Stockholms län.

### **Tvångsvård**

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

Under 2017 fortgick ett intensivt förbättringsarbete kring tvångsvården inom hela VO Psykiatri. I kvalitetsledningssystemet utvecklades en specifik del för tvångsvård som implementerades i samtliga psykiatriska verksamheter. I arbetet med att följa ledningssystemet för tvångsvård tog VO Psykiatri fram en handlingsplan och ett årshjul vilka även verksamheterna följer med egna handlingsplaner och årshjul. I ledningssystemet ingår bland annat egenkontroll och uppföljning av att tvångsvårdade patienter erhåller rättssäker vård, säkerställa att verksamhetschefer fortlöpande följer upp tvångsvården samt att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses.

En stödfunktion för verksamhetsområdet är under etablering för att stödja arbetet med tvångsvård och patientsäkerhet och annat systematiskt förbättringsarbete.

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

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

## **Hot och våld**

Hot och våld är en påtaglig riskfaktor, framförallt inom psykiatrisk slutenvård. En kultur med förebyggande av hot och våld är viktigt för att minimera behov av tvångsåtgärder. Då behov av tvångsåtgärder förekommer skall utförandet genomföras så säkert och skonsamt som möjligt. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen (BM) sedan 2005. Runt fyra tusen medarbetare har utbildats i modellen. Kursen innehåller kunskaper i LPT, vilka faktorer som leder fram till våld och hur rätt bemötande minskar risken samt hur våld skall hanteras och följas upp. SLSO utbildar egna kursledare i BM, för närvarande finns cirka 80 kursledare.

## **Regionala vårdprogram**

Regionala vårdprogram i SLL utgör en viktig kunskapsgrund och ett stöd för evidensbaserad handläggning av patienter. Verktuget [www.psykiatristod.se](http://www.psykiatristod.se) erbjuder en uppdaterad och ständigt tillgänglig version av aktuella vårdprogram och omfattar följande områden: ADHD, Alkoholberoende, Autismspektrumtillstånd, Bipolär sjukdom, Depression, EIPS (Emotionellt instabil personlighetsstörning), Lindrig utvecklingsstörning, Läkemedelsberoende, Narkotika och dopning, Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Suicidnära barn och ungdomar, Suicidnära patienter, Ångestsyndrom och Ätstörningar. Ett nytillkommet område är OCD och relaterade syndrom (OCD, Obsessive-compulsive disorder, tvångssyndrom). Ytterligare ett regionalt vårdprogram, Psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod, är gemensamt för psykiatri, mödravård, förlossningsvård och primärvård.

## **Standardiserade vårdprocesser**

För att säkerställa säker och jämlik vård av hög kvalitet har utveckling och införande av arbete enligt standardiserade vårdprocesser pågått sedan 2015. Under 2017 har arbetet fortsatt med både utveckling och implementering av standarder även för posttraumatiskt stressyndrom och beroendesjukdomar. Det innebär att det nu finns standarder för tio diagnoser i öppen- och heldygnsvård. Arbetet sker systematiskt enligt en årsstruktur med bland annat uppföljningsbesök två gånger årligen av verksamhetsområdeschefen, detta i syfte att säkerställa följsamhet och uppnå ständiga förbättringar.

## **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 verksamheterna inom den psykiatriska heldygnsvården ska arbeta med kontinuerliga förbättringsarbeten med ett tydligt patientfokus som ska gynna vårdens säkerhet, effektivitet och kvalitet. Som stöd till verksamheterna erbjuder FTV verktyg, mallar och metodstöd.

På flertal vårdavdelningar finns "Lugna rummet" dit patienter kan gå för att få lugnande sinnesstimulering. Inom framtidens hälso- och sjukvård (FHS) planeras lugna rum in på nya avdelningar. Erfarenheterna visar att "Lugna rummet" kan bidra till patientsäkerhet i en vidare bemärkelse, då det för många patienter har fungerat väl för primär och sekundär prevention av tillstånd som stress, ångest och sömnproblem.

"Självvald inläggning" är ett koncept som startade med piloter inom psykosvården, vården av personer med emotionellt instabila personlighetsstörningar samt inom ätstörningsvården. I samband med det startades forskningsprojekt. Konceptet fortsätter att utvidgas till att omfatta fler avdelningar. Målsättningen är att ge patienterna större inflytande över sin vård och att studera hur det påverkar sjukdomsförloppet.

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.

Inom verksamheterna finns barnsamordnare som arbetar med att tillgodose barns behov av information, råd och stöd när barnets vårdnadshavare lider av psykisk ohälsa eller oväntat avlider. Riskronder genomförs då representanter från ledningen besöker enheter och mottagningar och diskuterar frågor som berör patientsäkerhet.

Utvecklingsarbete med särskilt fokus på patienter yngre än 25 år pågår i syfte att skapa en vård som bättre utgår från patienternas behov, där vår kompetens kring psykiatriska tillstånd, beroendeproblematik och individens psykiska utveckling tas till vara på ett mer sammanhållet och flexibelt sätt. Arbetet syftar också till att etablera standardiserade vårdprocesser för alla åldrar.

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

Remissportaler har införts i verksamheterna för en gemensam ingång för alla remisser i syfte att erbjuda en likvärdig bedömning och erbjuda rätt vårdnivå. Patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar har uppmärksammats och ett VO gemensamt utvecklingsarbete pågår.

Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister som Bipolär, ECT-registret, PsykosR, BUSA, SBR, LAROS, Q-BUP, RättspsyK och RIKSÄT. Vid behandling med läkemedel mot psykosjukdom finns en ökad risk för viktuppgång och därmed sammanhängande hälsorisker. Patienter med schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar som behandlas med antipsykotiska läkemedel följs upp med mätning av Body Mass Index (BMI).

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

#### **Geriatrik**

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker: Danderydsgeriatriken, Jakobsbergsgeriatriken och Sabbatsbergsgeriatriken. Alla medarbetare genomgår grundläggande utbildning i patientsäkerhet. Målsättningen är att utveckla värden och skapa en säkerhetskultur som motiverar alla medarbetare till ökad rapportering av risker, tillbud och negativa händelser samt att aktivt delta i förbättringsarbete och utvärdera effekterna. Som en del i verksamheternas egenkontroll används ett verktyg för uppföljning av process- och resultatmått. Processområdena är bland annat fallskador, trycksår, undernäring och multisjuklighet. Riskronder genomförs för att identifiera risker och arbeta med handlingsplaner. Lokala arbetsgrupper träffas regelbundet och utför ett strukturerat arbete med att återföra identifierade risker och föreslagna åtgärder till medarbetare och chefer inom verksamheten. Andra exempel på egenkontroll som utförs är stickkontroller av basal hygien och klädregler samt PPM-mätningar av t.ex. vårdrelaterade infektioner, trycksår och screening för MRSA.

Patientsäkerhetskulturmätning är genomförd 2017. Undersökningen genomförs var tredje år och identifierar styrkor och förbättringsområden.

Kontinuerliga samverkansmöten med andra aktörer inom t.ex. kommunal omsorg, primärvård och akutsjukvård genomförs för att få ett bättre samarbete och öka patientsäkerheten i vårdens övergångar samt att öka tryggheten vid hemgång.

Utbildningsinsatser i förändringar hur man rapporterar i avvikelshanteringssystemet har gjorts för chefer och handläggare samt en genomgång av aktuella lagar och författningar.

Rutiner för hantering av klagomål och anmälningar från patienter och närstående har setts över.

Basal vårdhygien och klädregler har varit i fokus under 2017 och planer har upprättats för att ytterligare förbättra resultaten.

## **Närakut**

SLSO har fått i uppdrag att öppna närakuter under 2017 och 2018. De nya närakuterna är en del i landstingets Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Närakut Haga öppnade sommaren 2017. Ett arbete har pågått för att skapa samverkan med akutmottagningar, röntgen, sjukvårdsupplysningen, prehospital verksamhet, vårdcentraler m.m. dels för närakuten Haga, dels för de närakuter som planeras att öppna under 2018. Medarbetarna har fått utbildning i HändelseVis. En analysgrupp har bildats som hanterar avvikelser i HändelseVis, rapporterar till ledningsgruppen samt informerar personalen på APT. Kvalitetssäkringsgrupper har utarbetat handlingsplaner och rutiner för handläggning av patienter. Verksamheten har följt riktlinjer beträffande hygien och förebyggande av vårdrelaterade infektioner.

## **ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra**

Båda verksamheterna har en patientsäkerhetsgrupp som träffats regelbundet. Representanterna i gruppen verkar inom sina respektive team och avdelningar för att främja patientsäkerheten. På både ASIH Norr och Södra har man uppdaterat introduktionschecklistor för ny personal för att säkerställa att alla medarbetare har kunskap om patientsäkerhetsarbetet. På alla enheter finns ett strukturerat arbete kring risker och avvikelser samt ett förbättringsarbete utifrån rapporteringen.

Under 2017 har ASIH Stockholm Norr genomfört en patientsäkerhetsvecka för att tillsammans diskutera de avvikelser som varit aktuella inom enheterna samt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Inom ASIH Norr har antalet inrapporterade avvikelser minskat under 2017. Förhoppningen är att trenden skall vända under 2018 och att alla avvikelser, och framförallt, alla risker skall bli inrapporterade.

ASIH Stockholm Norr har under året lyft rutiner kring centrala infarter då en stor andel av avvikelserna handlade om handhavande av dessa. Samarbete mellan patientsäkerhetsgruppen och gruppen för centrala infarter har utmynnat i arbete med månadens rutin, Micro-seminarium och föreläsning från accessenheten Karolinska universitetssjukhuset.

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

ASIH Stockholm Södra har en särskild verksamhetsövergripande Patient- och medarbetarsäkerhetsgrupp. Gruppen har genomfört en riskanalys inför ändring av arbetssätt och en händelseanalys. Gruppen har deltagit vid en patientsäkerhetskonferens samt utbildats i grundläggande metodik för risk- och händelseanalys. Chefer i verksamheten har genomgått utbildningen "patientsäkerhet för chefer" och en enhetschef har genomgått utbildning i metodik för händelseanalys.

I dag finns ett etablerat och gemensamt arbetssätt kring patient-riskbedömningar inom de båda resultatenhetererna såsom munhälsa, nutrition, fallrisk och trycksår. Resultatet av riskbedömningen leder till en aktivitetsplan.

Under 2017 har avvikelserrapporterna kring ASIH-dos ökat.

## **Akademiskt specialistcentrum**

Under 2017 bedrevs vård inom centrum för reumatologi, under hösten tillkom ytterligare vård till SLSO. Akademiskt specialistcentrum består nu av tre vårdenheter, centrum för diabetes, neurologi och reumatologi. Syftet är dels att säkerställa tillgången på specialicerad vård för

patienter med särskilda diagnoser, dels att knyta forskning, utveckling och utbildning närmare vården.

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

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

Akademiskt specialistcentrum samverkar med primärvården för att skapa en sömlös patientprocess. Verksamheten samarbetar även aktivt med patientföreningar för att identifiera förbättringsområden och involvera patienter i vårdutveckling till exempel utveckling av nya e-Tjänster.

## **Team Äldredoktorn**

Team Äldredoktorn utför läkarinsatser inom särskilt boende (SÄBO).

Samverkansöverenskommelsen som bland annat reglerar klagomålshantering och ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterska har reviderats och har undertecknats av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) vid respektive SÄBO samt enhetschef för Team Äldredoktorn. Överenskommelsen är kommunicerad till all berörd personal.

Rutinen "Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet" har uppdaterats.

Förskrivningsmönster för läkare vid enheten har tagits fram och gemensamt granskats speciellt avseende olämpliga läkemedel för äldre.

Planeringsdagar, där alla läkare deltog, ägnades huvudsakligen åt patientsäkerhetsfrågor t.ex. genomgång av avvikelssystemet HändelseVis, rutin för läkemedelsgenomgång och årliga kontroller, "Sårsmart"-en webb-baserad utbildning för att undvika vårdskada, arbetsätt för att säkerställa läkemedelsordination i journalen, aktuell förskrivning i Pascal samt journalens läkemedelslista.

## **3.4 Habilitering och Hjälpmedel**

### **Organisation av patientsäkerhetsarbetet**

Verksamhetsområdeschef samordnar patientsäkerhetsarbetet och respektive verksamhetschef är ansvarig för patientsäkerheten inom resultatenheten och respektive enhetschef är ansvarig inom sin enhet. Det finns två patientsäkerhetssamordnare som följer arbetet samt utvärderar patientsäkerhetsarbetet, genom att sammanställa och analysera statistik två gånger per år och presentera detta för ledningen. På varje enhet finns ett patientsäkerhetsombud vars uppgift är att stödja det lokala patientsäkerhetsarbetet. Resultatet följs upp inom varje enhet.

Genom "Månadens avvikelse" som presenteras på Habilitering och Hjälpmedels Insida samt på APT och ledningsgrupper, återförs kunskap om vidtagna åtgärder.

### **Habilitering och hälsa**

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

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Verksamhetens patientgrupper har ofta behov av insatser från olika vårdgrenar såväl som andra delar av välfärdssystemet. Ett antal projekt för att stärka samarbetet har genomförts och fortsätter. Detta gäller t.ex. övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård, samverkan med

primärvård, kommunal hälso-och sjukvård, samt vuxenpsykiatri. Under 2017 har patientgruppen vuxna med autism uppmärksammats med flera pågående projekt.

### **Avvikelse rapportering**

Habilitering och Hälsa har under 2017 rapporterat in 613 avvikelser i HändelseVis. Av dessa var 292 risker, 142 tillbud och 179 negativa händelser. De flesta avvikelserna har inträffat inom dokumentation och informationsöverföring.

Tolkcentralen har rapporterat in 100 avvikelser under 2017.

### **Framtidens Habilitering**

För att möta nya krav och en växande patientgrupp pågår en omfattande översyn av organisationen och vårdprocesser inom Habilitering och Hälsa.

Sedan drygt ett år har varje habiliteringscenter organiserats i team inriktade mot olika funktionsnedsättningsgrupper för att säkra kompetens. Teamen riktar sig mot intellektuell funktionsnedsättning (IF), rörelsenedsättning (RN) samt för patienter med autismspektrumdiagnos (ASD). Habiliteringscentren arbetar utifrån standardiserade Habiliteringsprogram. Under 2017 har utvecklingsprojekt pågått för att standardisera arbetet med att skriva vårdplan samt att dokumentera vårdprocesser inom respektive funktionsnedsättning.

### **Sammanfattning**

Utbildning av alla medarbetare i patientsäkerhet fortsätter, ansvariga ser till att alla enheter har ett patientsäkerhetsombud samt stödjer möjligheterna att lära av varandra inom hela verksamhetsområdet.

Egenkontroll för att säkerställa utdata och kunna utvärdera vårdinsatser m.m har genomförts. De viktigaste resultaten som uppnåtts är ökat fokus på patientsäkerhetsfrågor och ökad samverkan inom hela verksamhetsområdet. Resultat från den genomförda patientsäkerhetskulturundersökningen visar mycket positiva resultat inom öppenhet i kommunikationen, en icke skuldbeläggande kultur och närmsta chefs agerande i patientsäkerhetsarbete. Utvecklingsområden är högsta ledningens stöd och benägenhet att rapportera händelser.

## **3.5 Hjälpmedel Stockholm**

De tre hjälpmedelsverksamheterna, Hjälpmedel Stockholm, KommSyn och medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH), har en gemensam patientsäkerhetssamordnare som ansvarar för att ta emot och hantera produktavvikelser, medicintekniska avvikelser samt klagomål från patienter. Allvarliga avvikelser anmäls till LäkeMedelsverket (LV), IVO eller som lex Maria. Inkomna reklamationer handläggs av två reklamationsamordnare. Dessa funktioner samarbetar med patientsäkerhetssamordnaren.

Hjälpmedelsverksamheterna i sin nuvarande drift är under uppbyggnad och mycket arbete läggs vid att kvalitetssäkra processer, inklusive processer för patientsäkerhetsarbete. Bland annat har en rutin för patientsäkerhetsarbete tagits fram.

Under 2017 har varje enhet utsett ett patientsäkerhetsombud. Alla inkomna avvikelser registreras och utreds. Samtliga medarbetare uppmanas genomföra e-utbildningen i HändelseVis på Lärtoget.

Totalt antal registrerade avvikelser i HändelseVis är 302, rapporteringen har ökat markant sedan föregående år. Nytt för 2017 är att många rapporter kommer från andra vårdgivare. Under 2017 har 15 ärenden bedömts som tillbud eller negativa händelser och har rapporterats som medicintekniska avvikelser till LV och IVO. Utredningarna har visat på bristande underhåll av hjälpmedel, handhavandefel av användaren samt brister i produktens kvalitet.

### 3.6 Centrum för arbets- och miljömedicin

Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. I arbetet ingår även individuella patientutredningar relaterade till miljön. Det finns en mottagning för arbets- och miljömedicinska sjukdomar i allmänhet och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar (Hudallergimottagningen). För att definiera rutiner och säkra kvaliteten i patientarbetet finns rutiner för mottagningsarbetet dokumenterade i en webbaserad metodbok och verksamheten följer gällande hygienregler. Resultat rapporteras till nationella kvalitetsregister. En patientenkät genomförs vart tredje år 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 2018 och kommande år

SLSO:s långsiktiga strategi när det gäller förbättrad kvalitet- och patientsäkerhet är fokuserad på utveckling och införande av evidensbaserade, standardiserade, säkra och värdeskapande patientprocesser. Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2018 med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för vårdskador.

Avgörande för säker vård är medarbetarnas värderingar, attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet, dvs. patientsäkerhetskulturen i verksamheten. Under 2018 kommer resultatet av mätningen av patientsäkerhetskulturen 2017 analyseras ytterligare och vara en viktig faktor i förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet i SLSO.

Risicanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna ska fortsätta att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser av patientsäkerheten. Även 2018 ska resultatenheter genomföra riskanalys och upprätta handlingsplan för patientsäkerhet och skriva patientsäkerhetsberättelse.

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

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

### Övergripande mål i SLSO för patientsäkerhetsarbetet 2018

- Uttagna antibiotikarecept/1 000 listade patienter inom SLSO husläkarverksamheter ska vara mindre än 158.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara lägre än 5,0 %, vid punktprevalens mätning.
- Följsamheten till "Kloka Listan" ska vara högre eller lika med 86 %.

SLSO:s resultatenheter fortsätter under 2018 det långsiktiga och tålmodiga förbättringsarbetet inom för respektive verksamheten relevanta patientsäkerhetsområden, såsom avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, riskrapportering, riskanalys, vårdrelaterade infektioner (VRI), basal handhygien och klädregler (BHK), läkemedel, trycksår, undernäring, fall, suicidprevention och informationsöverföring och kommunikation internt och externt.