

Patientsäkerhetsberättelse 2013 för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)



Patientsäkerhetsberättelse 2013 för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

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

Vi samverkar med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna. I slutet av 2013 hade Stockholms läns sjukvårdsområde 121 resultatenheter (RE) som bedrev hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, beroendevård, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet och syncentral. Forskning och utveckling bedrivs vid särskilda resultatenheter inom respektive vårdgren och inom folkhälsa.


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

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

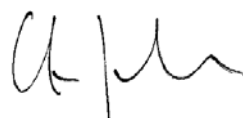
Det strukturerade och systematiska patientsäkerhetsarbetet inom SLSO bygger på vårt sammanhållna och sedan 2013 certifierade ledningssystem för kvalitet, arbetsmiljö och miljö.




Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör



Stefan Kallström-Jansson
Chefläkare



Sten Jacobson
Chefläkare



Elizabet Haking
Chefläkare

SLSO som vårdgivare och organisation

Stockholms läns sjukvårdsområde erbjuder vård i livets alla skeenden. Många av våra verksamheter kan vara människors första kontakt med sjukvården. Det ska gå snabbt att få rätt vård hos oss. Att bli sedd och hörd är också viktigt. Vare sig man är patient, brukare eller anhörig.



SLSO har verksamhet i samtliga kommuner i Stockholms län för utom Norrtälje.

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

I början av 2014 består SLSO av 121 resultatenheter fördelat på

- Vårdcentraler: 67 resultatenheter
- Närakuter/Lättakuter: 7 resultatenheter
- Övrig primärvård (MVC, UM, BVC, Rehab mm): 19 resultatenheter
- Geriatrik: 3 resultatenheter
- Avancerad sjukvård i hemmet ASiH: 2 resultatenhet.
- Vuxenpsykiatri: 5 resultatenheter
- Länsakut för vuxenpsykiatri: 1 resultatenhet
- Rättspsykiatri: 1 resultatenhet
- Barn- och ungdomspsykiatri: 1 resultatenhet
- Beroendevård: 1 resultatenhet
- Stockholms centrum för ätstörningar: 1 resultatenhet
- Habilitering & Hälsa: 1 resultatenhet
- Hjälpmedelscentral: 1 resultatenhet
- Syncentral: 1 resultatenhet

- Centrum för Folkhälsa: 3 resultatenheter
- Centrum för Allmänmedicin: 1 resultatenhet
- Centrum för psykiatriforskning: 1 resultatenhet
- Geriatrikens forskningsenhet: 1 resultatenhet
- Akademiska vårdcentraler: 4 resultatenheter
- Kostenhet: 1 resultatenhet
- Ledning, centralt verksamhetsstöd och service

Sammanfattning

SLSOs resultatenheter har under 2013 arbetat med resultaten av mätningarna av patientsäkerhetskulturen och genomfört förbättringsåtgärder. Arbetet har bestått i att åtgärda brister och genomföra förbättringar inom andra för resultatenheten viktiga patientsäkerhetsområden. Tyngdpunkten för patientsäkerhetsarbetet inom SLSO 2013 har lagts på förbyggande insatser i form av riskrond/riskanalyser, riskrapportering, riskbedömning avseende trycksår och fallrisk, riskbedömning för suicid och läkemedelsgenomgångar. Dessutom har arbetet inriktats mot att förbättra avvikelshantering inklusive klagomålshantering, journaldokumentation, vårdrelaterade infektioner (VRI), basal handhygien och klädregler (BHK), läkemedel, undernäring, och informationsöverföring internt och externt.

Flertalet av SLSOs resultatenheter har ökat rapporteringen av risker och avvikelser i avvikelserapporteringssystemet HändelseVis och det totala antalet risk- och avvikelserapporter har också ökat. Handläggningstiden för rapporterade ärenden har blivit kortare jämfört med 2012. Rapportörer och handläggare är i större utsträckning samstämmiga i sina bedömningar om händelsen är en risk, ett tillbud eller en negativ händelse.

En central del i patientsäkerhetsarbetet är det förbyggande arbetet att genom riskanalys identifiera och värdera risker i vården, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna innan patienter kommer till skada. Under 2013 genomförde 75 % av SLSOs resultatenheter en riskrond/riskanalys.

SLSOs övergripande mål för samtliga resultatenheter och måluppfyllelsen för dessa mål för patientsäkerhetsarbetet var 2013

- Antalet rapporterade risker, tillbud och negativa händelser ska öka – 51 % av resultatenheterna uppnådde målet.
- Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner ska minska – samtliga resultatenheter inom geriatrisk verksamhet nådde målet.
- Andelen patienter som riskbedöms för trycksår ska öka – samtliga resultatenheter inom geriatrisk verksamhet nådde målet.
- Andelen patienter som riskbedöms för suicid ska öka – samtliga resultatenheter inom psykiatrisk verksamhet nådde målet.
- Alla resultatenheter ska redovisa sitt patientsäkerhetsarbete i verksamhetsberättelsen för 2013 – 96 % av resultatenheterna uppnådde målet.
- Antalet läkemedelsgenomgångar ska öka – 91 % av resultatenheterna inom husläkarverksamhet och psykiatri uppnådde målet.

- Alla resultatenheter ska genomföra minst en riskanalys – 75 % av resultatenheterna uppnådde målet.

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada vilket innebär att ett framgångsrikt och effektivt patientsäkerhetsarbete ska reducera antalet vårdskador och inte minst gälla det allvarliga vårdskador.

Har patientsäkerhetsarbetet inom SLSO medfört att vårdskadorna har minskat?

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.

Tyvärr finns i nuläget inte helt tillförlitliga metoder att fortlöpande mäta och redovisa uppkomna vårdskador.

SLSOs har ett elektroniskt avvikelserapporteringssystem som en del av det certifierade ledningssystemet. I detta rapporteras vårdavvikelser. En vårdavvikelse kan vara ett tillbud eller en negativ händelse. Varje vårdavvikelse bedöms och klassificeras utifrån konsekvens för patienten.

Bedömningen om en negativ händelse hade kunnat undvikas och sålunda per definition är en vårdskada enligt patientsäkerhetslagen är svår. Det är dock rimligt att utgå från att ett stort antal av rapporterade negativa händelser som bedöms ha konsekvens för patienten också är vårdskador.

Rapporterade negativa händelser med konsekvens för patienten skulle därmed kunna ses som ett indirekt mått på vårdskador.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Negativa händelser som bedöms ha de allvarligaste konsekvenserna klassificeras i avvikelshanteringssystemet som betydande eller katastrofala. En stor andel av dessa negativa händelser bör vara vårdskador och t.o.m. allvarliga vårdskador.

Tabell 1 Utvecklingen under 2010-2013 av antalet och andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens för patienten och andelen av samtliga negativa händelser med konsekvens för patienten.

| | Antal vårdavvikelse-rapporter | Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelser | Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens | Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser |
|------|-------------------------------|---|---|--|
| 2010 | 5023 | 35,70% | 192 | 3,80 % |
| 2011 | 5620 | 36,90% | 238 | 4,20 % |
| 2012 | 6448 | 37,70% | 288 | 4,50 % |
| 2013 | 6984 | 36,50% | 312 | 4,50 % |

Rapporteringen av vårdavvikelser inom SLSO är bedöms från och med 2010 vara så god att statistiken beträffande negativa händelser är tillförlitlig och jämförbar mellan åren.

Statistiken under tiden 2010 - 2013 visar en stabil andel (medel 36,7 %) rapporterade negativa händelser av samtliga vårdavvikelser. Andelen negativa händelser med betydande eller katastrofal konsekvens av samtliga vårdavvikelser visar en liten ökning med 0,7 %.

Ett intensivt patientsäkerhetsarbete har under flera år bedrivits inom SLSO. Givet att de redovisade måtten i tillräcklig grad speglar utvecklingen av vårdskador, tyder dessa på att frekvensen vårdskador och således patientsäkerheten är oförändrad inom SLSO.

Innehåll

| | |
|---|----|
| 1. Ansvarsfördelning och egenkontroll | 7 |
| 2. Övergripande patientsäkerhetsarbete under året | 8 |
| 2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI) | 9 |
| 2.3 Riskinventering och riskhantering..... | 15 |
| 2.4 Avvikelsehantering..... | 15 |
| 2.5 Hantering av klagomål och synpunkter..... | 17 |
| 2.6 Utredning av vårdskador | 19 |
| 2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året | 21 |
| 3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSOs vårdgrenar..... | 23 |
| 3.1 Primärvård | 23 |
| 3.2 Psykiatri | 26 |
| 3.3 Geriatrik och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)..... | 29 |
| 3.4 Habilitering & Hälsa..... | 30 |
| 3.5 Stockholms syncentral..... | 31 |
| 3.6 Hjälpmedel Stockholm | 31 |
| 3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin | 32 |
| 4. Övergripande strategier och mål för 2014 och kommande år | 32 |

1. Ansvarsfördelning och egenkontroll

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) finns principiellt två lednings- och beslutsnivåer, förvaltnings-/sjukvårdsområdesledning samt resultatenhets-/verksamhetsledning. Den bärande principen för SLSOs organisation är den självständiga resultatenheten.

SLSOs sjukvårdsdirektör får sitt uppdrag av SLSOs styrelse. Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten har sjukvårdsdirektören som till stöd i uppdraget har biträdande sjukvårdsdirektör, samordnande chefer och administrativa direktörer. Chefläkare bistår sjukvårdsdirektören när det gäller övergripande patientsäkerhets och medicinska frågor inom SLSO.

Inom respektive resultatenhet ansvarar resultatenhets-/verksamhetschefen för patientsäkerheten. Resultatenhets-/verksamhetschefen bistås i patientsäkerhetsarbetet inom SLSOs större verksamheter (kliniker) av patientsäkerhetssamordnare och på enhetsnivå patientsäkerhetsombud. Vid primärvårdens verksamheter har medicinsk ansvarig läkare motsvarande funktion och inom psykiatriska verksamheter bistås verksamhetschef i patientsäkerhetsfrågor även av chefsöverläkare.

SLSO har ett gemensamt centralt verksamhetsstöd som hanterar strategiska frågor, övergripande ledningsfrågor samt de tjänster som ger lägre totalkostnader genom att samordnas. En av dessa är Verksamhetsstöd patientsäkerhet (VSPS), i vilken chefläkarfunktion ingår. VSPS genomför patientsäkerhetsdialoger i verksamheterna, erbjuder planeringsdagskoncept med tema patientsäkerhet samt expert- och processtöd i risk och händelseanalyser. VSPS erbjuder också expertstöd inför och efter tillsynsbesök av Socialstyrelsen, stöd till verksamheterna i den lokala handläggningen av lex Maria-ärenden och anordnar utbildning i patientsäkerhet och av methodspecialister i risk och händelseanalys.

Egenkontroll och uppföljning

SLSOs ledningssystem har under 2013 certifierats enligt ISO9001 avseende kvalitet, ISO 14001 avseende miljö och OHSAS 18001 avseende arbetsmiljö.

Ledningssystemet är ett verktyg för att uppnå visioner och mål.

Det ska ge förutsättning för en tydlig styrning och vara ett stöd till chefer och medarbetare för att nå uppsatta mål. Det ska driva verksamheten framåt, förebygga risker och användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Av ledningssystemet ska framgå fastställda principer för ledning av verksamheten. Det ska också säkerställa att ett ständigt förbättringsarbete pågår med målet att utveckla verksamheten mot uppsatta mål samt säkerställa god kvalitet och hållbarhet.

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

I ledningssystemet beskrivs de processer och riktlinjer/rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet, miljö- och arbetsmiljökrav.

I SLSOs ledningssystem ingår att via egenkontroll följa upp att vårdprocesserna inom SLSOs resultatenheter fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås.

Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhetsarbetet fastställs i SLSOs verksamhetsplan och styrkort. Varje resultatenhet tar utifrån dessa fram lokal verksamhetsplan och styrkort med delvis verksamhetsspecifika mål och mått. Egenkontrollen baseras på en övergripande riskanalys med identifierade riskområden. Utifrån riskanalysen fastställs en årlig internkontrollplan som följs upp genom en årlig internkontrollenkät och systematiska interna revisioner i resultatenheterna.

Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs systematiskt upp. Detta görs bl.a. genom avvikelse- och klagomålshantering, patientenkäter, patientdata, interna revisioner och årlig bokslutsuppföljning för samtliga resultatenheter. Resultaten sammanställs och därefter analyserar SLSOs ledning och resultatenhetsledningarna dessa i förhållande till uppsatta mål samt tar beslut om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras enligt plan till uppdragsgivaren/beställaren, Hälso- och sjukvårdsnämnden inom SLL.

SLSOs samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör en utgångspunkt för det fortsatta systematiska förbättringsarbetet.

SLSOs 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

SLSOs styrelse har fastställt en långsiktig strategi för patientsäkerhetsarbetet genom att vårdskador elimineras, en aktiv utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete. Under 2013 har förbättringsarbetet fortsatt med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador.

Sammanhållen journalföring tillämpas inom journalsystemet TakeCare. TakeCare används av flertalet verksamheter inom SLSO och andra vårdgivare inom SLL. Detta bidrar till att ge goda förutsättningarna för en patientsäker vård. Utifrån drifts-, patient- och informationssäkerhetsaspekter har under året förbättringsarbetet beträffande journalsystemet fortsatt.

SLSO har under året bedrivit ett omfattande utvecklings- och förbättringsarbete inom området strukturerade vårddata och eHälsa som bl.a. syftar till att förbättra tillgången till data för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Viktiga områden för att uppnå ökad kvalitet och patientsäkerhet är att förbättra dialogen med patienter och närstående samt att tillvara klagomål och förbättringsförslag. SLSO har på central nivå under 2013 etablerat samverkansråd med pensionärsorganisationer och handikapporganisationer. Habilitering & Hälsa och psykiatriska kliniker har också dialog med patientorganisationer och regelbundet återkommande så kallade brukarråd.

SLSO har medverkat i SLLs Patientsäkerhetskommitté, som under 2013 fortsatt att fokusera på VRI (vårdrelaterade infektioner), läkemedel, patientsäkerhetskultur, kommunikation och information och TUFF-projektet (trycksår, undernäring, fallprevention). Patientsäkerhetskommittén arrangerar även SLLs årliga patientsäkerhetsdagar som SLSOs verksamheter har deltagit i.

2.1 Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvården eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal ådrar sig till följd av sin yrkesutövning. Vårdrelaterade infektioner är allvarliga och vanligt förekommande vårdskador.

VRI är ett av de mest omfattande patientsäkerhetsproblemen i hälso- och sjukvården och vållar drabbade individer stort lidande samtidigt som de utgör en betydande kostnad för samhället.

Nästan var tionde patient som vårdas inom slutenvården drabbas av VRI. Forskningen pekar på att 20-30 % av dessa infektioner är möjliga att förebygga. Arbetet med att motverka vårdrelaterade infektioner och använda antibiotika rationellt är absolut nödvändighet med högsta prioritet.

De vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna är lunginflammationer, urinvägsinfektioner samt hud- och sårinfektioner.

SLSOs verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bl.a. informationskampanjer och återkommande interna mätningar/självskattningar. Sedan 2008 deltar slutenvården inom SLSO i de nationella Punkt Prevalens Mätningarna (PPM-VRI). 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. Andel VRI inom SLSOs geriatriska verksamheter uppmättes vid den senaste PPM-VRI år 2013 till 8,30 % (jämfört med 9,93 % för övriga geriatriska klinikerna i SLL). Resultatet och de bakomliggande orsakerna ligger till grund för fortsatt förbyggande arbete.

Basala hygienrutiner

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

SLSO deltar i den nationella Punkt Prevalens Mätningen av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Samtidigt med mätningen av VRI mäts även följsamheten till obligatoriska hygienrutiner. Om man följer dessa rutiner och regler minskar risken för spridning av smitta. Resultatet av PPM-BHK mätningen hösten 2013 visar att 67 % av svarande inom SLSOs geriatriska verksamheter (jämfört med 65 % år 2012) samt 52 % av svarande inom SLSOs psykiatriska verksamheter (jämfört med 50 % år 2012) har på ett korrekt sätt tillämpat basala hygienrutinerna i alla steg.

SLSO har även genomfört en årlig webbaserade självskattningen av följsamhet till basala hygienrutiner inom psykiatri, primärvård, ASIH och geriatrik. Svarefrekvensen har nästan fördubblats jämfört med föregående mätning. Medarbetarna registrerade sin följsamhet till hygienrutinerna vid registreringsdagens första patientmöte.

I tabellen nedan redovisas 2013 års resultat av en självskattningsmätning.

Tabell 2. Resultat från självskattning av hygienrutiner 2013

| | ASIH | | CES & CAMM | Geriatrisk | | Primärvård | | Psykiatri | | Totalt SLSO | |
|--|-------|-------|------------|------------|------|------------|------|-----------|------|-------------|------|
| | 2012 | 2013 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 |
| Antal svar | 61 | 147 | 12 | 203 | 305 | 1023 | 1414 | 418 | 1142 | 1705 | 3020 |
| Bär kortärmad arbetsdräkt | 97 % | 99 % | 66 % | 100 % | 98 % | 97 % | 98 % | 80 % | 62 % | 94 % | 85 % |
| Utan ring, klocka eller armband | 93 % | 98 % | 76 % | 88 % | 99 % | 81 % | 99 % | 65 % | 70 % | 92 % | 88 % |
| Använde handsprit före patientnära vårdarbete | 93 % | 99 % | 92 % | 91 % | 95 % | 92 % | 95 % | 80 % | 84 % | 89 % | 93 % |
| Använde handsprit efter patientnära vårdarbete | 100 % | 100 % | 92 % | 91 % | 99 % | 98 % | 99 % | 92 % | 92 % | 95 % | 96 % |

Städning av vårdlokaler är viktigt för att skapa god hygien och bidra till att förebygga uppkomsten av VRI. De flesta verksamheterna anlitar upphandlade företag som utför städning enligt vårdhygienisk standard. En del verksamheter har egna anställda lokalvårdare som utför städning enligt samma standard. Kontroll av hur städningen av vårdlokalerna utförs görs regelbundet och systematisk.

2.2 Läkemedel

Läkemedelsterapi är en av sjukvårdens vanligaste behandlingar. Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med Rätt läkemedel, i Rätt mängd och vid Rätt tidpunkt. Läkemedelsterapi kan dock vara förenad med risker om användningen inte överensstämmer med den enskilda patientens förutsättningar och om hantering av läkemedel inte sker på ett korrekt sätt.

Den medicinska utvecklingen har inneburit att allt fler sjukdomar är behandlingsbara och att nya potenta läkemedel tagits fram. Den omfattande läkemedelsanvändningen är en av orsakerna till problem relaterade till läkemedelsterapi.

Avvikelser inom läkemedelshantering är en av de vanligaste patientsäkerhetsriskerna.

SLSOs verksamheter har lokala rutiner för läkemedelshantering enligt gällande författningar och SLSOs riktlinjer. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Dosförpackade läkemedel (ApoDos)

ApoDos är läkemedel förpackad i dospåsar, där varje påse innehåller de läkemedel som patienten tar vid ett och samma tillfälle. Fördelen med ApoDos är att patienten inte behöver hålla reda på vilka läkemedel som ska tas tillsammans och vid vilket tillfälle.

Varje dospåse är märkt med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas.

Dosförpackade läkemedel används för patienter i eget boende eller särskilda boenden, med många läkemedel och/eller svårigheter med hanteringen av läkemedel.

Verktyget Pascal är en nationell webbaseradtjänst som används för förskrivning av dosförpackade läkemedel. Utvecklings- och förbättringsarbete av Pascal pågår ständigt. Apoteket AB är upphandlad leverantör av ApoDos-tjänsten i SLL.

Slutenvårdsdos/ASIH-dos

Införandet av slutenvårdsdos utvecklar och effektiviserar läkemedelshantering i ASIH och slutenvårdsverksamheter och ger en ökad patientsäkerhet. Det leder till att läkemedelsrelaterade avvikelser minskar, förbättrar arbetsmiljön för sjuksköterskorna och ökar möjligheten till mer patientnära omvårdnadsarbete. Användning av slutenvårdsdos leder till färre antal läkemedel i läkemedelsförråden och därmed minskad kassation av läkemedel som i sin tur minskar miljöpåverkan. Kostnaderna för läkemedel minskar eftersom man endast betalar för de läkemedel som används.

Inom SLSO använder Jakobsbergsgeriatriken, Stockholmsgeriatriken (ASIH), ASIH Solna Sundbyberg och ASIH Järfälla Upplands-Bro samt ASIH Långbro Park slutenvårdsdos. Under 2013 har pilotprojekt initierats inom psykiatrin. En upphandling av slutenvårdsdos inom SLL har pågått under året och förväntas vara klar under 2014.

Riktlinjer och rutiner

SLSO har ett ledningssystem där riktlinjer och checklista för läkemedelshantering finns tillgängliga för verksamheterna via intranätet Insidan. Enligt internkontrollen har 96 % (93 % år 2012) av samtliga SLSO enheter dokumenterade lokala rutiner för läkemedelshantering.

Avvikelser

Avvikelser kan uppstå under alla faser av läkemedelsbehandlingen från ordination, rekvisering, hantering och vid administrering till patienten.

Tabell 3. Antal avvikelser gällande läkemedel rapporterade i HändelseVis under 2013 jmf med 2012

| | Risk | | Tillbud | | Negativ händelse | |
|---|------|------|---------|------|------------------|------|
| | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 | 2012 | 2013 |
| Förskrivning av läkemedel | 59 | 50 | 85 | 62 | 17 | 26 |
| Ordination av läkemedel | 126 | 121 | 120 | 121 | 61 | 47 |
| Iordningställande av läkemedel | 104 | 107 | 141 | 165 | 56 | 60 |
| Administrering av läkemedel | 92 | 138 | 326 | 473 | 159 | 269 |
| Rekvisition av läkemedel | 21 | 29 | 24 | 16 | 6 | 7 |
| Förvaring av läkemedel | 48 | 58 | 27 | 32 | 6 | 9 |
| Osignerad ordinationshandling | 11 | 8 | 11 | 8 | 2 | 1 |
| Övriga brister inom läkemedelshantering | 110 | 106 | 97 | 88 | 38 | 36 |
| Antal registrerade | 571 | 617 | 831 | 965 | 345 | 455 |

Kloka Listan

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

Följsamheten till Kloka Listan är fortsatt hög inom husläkarverksamheten 90 % (88 % år 2012) och inom geriatriken 86 % (87 % år 2012). För psykiatri (vuxenpsykiatri, beroendevård, Stockholms centrum för ätstörningar och rättspsykiatri) mäts följsamheten till Kloka Listan med tillägg för specialiserad vård. Där har följsamheten ökat till 74 % (73 % år 2012). För BUP kliniken och BUP mottagningarna tillsammans är följsamheten till Kloka Listan, med tillägg för specialiserad vård 83 % (84 % år 2012).

Antibiotikaförskrivning

Antibiotika har använts sedan 1940-talet. Eftersom antibiotika använts i så stor omfattning har många bakterier med tiden utvecklat motståndskraft mot preparaten, så kallad resistens. Antibiotika ska som alla läkemedel ges på korrekt indikation och med korrekt dosering. Patienten undgår därmed onödiga biverkningar och resistensutveckling kan undvikas. Användningen har medfört nya problem i form av att multiresistenta tarmbakterier, som producerar så kallade extended spectrum beta-lactamases (ESBL), ökar i omfattning.

Samverkan mot antibiotikaresistens inom Landstinget (Strama) utarbetar behandlingsrekommendationer för antibiotikaanvändning i syfte att minska resistensutvecklingen. Det förbättrar möjligheten att antibiotika kan användas effektivt vid bakteriella infektioner.

Sett till antal recept per 1 000 invånare har Stockholms län den näst högsta förskrivningen av antibiotika i landet.

Under den senaste tioårsperioden har såväl hälso- och sjukvårdspersonal som allmänhet fått en ökad medvetenhet om risken med överförbrukning av antibiotika. Den tidigare ökande antibiotikakonsumtionen har bromsats upp och på senare år till och med vänts till en nedgång framför allt när det gäller förskrivningen till barn.

Behandling av kvinnor 18-79 år med "urinvägsantibiotika"

Urinvägsinfektion (UVI) är en vanlig infektion och cirka 13 % av antibiotikaförskrivningen inom husläkarverksamhet sker på indikationen urinvägsinfektion. Då kinoloner är den mest resistensdrivande antibiotikagruppen av urinvägsantibiotika måste onödig användning av dessa läkemedel undvikas. Ur resistensperspektiv är det viktigt att den relativa förbrukningen av kinoloner minskar genom en bättre följsamhet till gällande behandlingsrekommendationer.

Den snabba ökningen av bakterier med ESBL-resistens är ett exempel på att UVI hos tidigare friska i vissa fall måste behandlas med intravenösa antibiotika.

Enligt Stramas rekommendationer ska användningen av icke-kinoloner utgöra minst 90 %. Användningen av andra UVI-antibiotika än kinoloner inom SLSOs primärvård uppnår STRAMAs mål och är fortsatt på en hög nivå, 93 % under 2013.

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

| | 2013 | 2012 |
|--------------------|------|------|
| Riket | 87 % | 86% |
| SLL vårdcentraler | 93 % | 86% |
| SLSO vårdcentraler | 93% | 93% |

Behandling av barn 0-6 år med luftvägsantibiotika

Vid övre luftvägsinfektioner är det av stor betydelse att fastställa i fall det är en behandlingskrävande bakteriell infektion eller inte. Andelen penicillin V bör vara större än 80 procent av luftvägsantibiotika bland barn 0–6 år. I dessa åldrar dominerar övre luftvägsinfektioner, otit, tonsillit, akut bronkit och pneumoni. Förstahandsval är antingen ingen läkemedelsbehandling eller penicillin V. Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall.

Tabell 5. Andel barn 0-6 år som behandlades med penicillin V av luftvägsantibiotika

| | 2013 | 2012 |
|--------------------|------|------|
| Riket | 71 % | 71% |
| SLL vårdcentraler | 76 % | 68% |
| SLSO vårdcentraler | 76 % | 77% |

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det är en metod för analys, omprövning och uppföljning av en patients totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Målet för läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i långvarig läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. En säker läkemedelsbehandling kan innebära att patienten har en individuellt anpassad behandling, där hänsyn har tagits till bl.a. ålder, organfunktion, biverkningar och läkemedel som kan påverka varandra.

Från den 1 september 2012 gäller Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:9) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Läkemedelsgenomgångar delas in i *enkla* (tidigare benämnd läkemedelsavstämning) respektive *fördjupade* (tidigare benämnd läkemedelsgenomgång).

Föreskrifterna innehåller bland annat regler om;

- Obligatoriska läkemedelsgenomgångar, s.k. enkel läkemedelsgenomgång, för de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel
- Läkemedelsgenomgångar, s.k. fördjupad läkemedelsgenomgång, för de patienter som har kvarvarande läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem.
- Uppföljning av läkemedelsgenomgångar, inklusive krav på att patienter i vissa situationer ska tilldelas en läkare som ansvarar för uppföljningar, överföring av information vid utskrivning från slutenvård, till exempel en läkemedelsberättelse. Läkemedelsberättelsen ska också innehålla en uppdaterad läkemedelslista.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar.

Inom SLSOs verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelgenomgångar. För patienter inskrivna i hemsjukvården har läkemedelsgenomgångarna mellan 2012 till 2013 ökat från 57 % till 74 %.

Läkemedelsförsörjning.

Införandet av den nya SLL-upphandlade läkemedelsförsörjningen som påbörjades under hösten 2012 slutfördes under mars 2013. Alla enheter beställer läkemedel via ApoEx och Apotek Produktion & Laboratorier (APL) samt använder ett nytt beställningssystem för läkemedel Visma Proceedo. Det nya beställningssystemet är ett modernt e-handelssystem med hög säkerhet (stark autentisering).

Avregleringen av apoteksmarknaden har medfört ändring av föreskriften som reglerar läkemedelsförsörjningen inom sjukvården. I och med den nya läkemedelsförsörjningen infördes i SLL en regional sjukhusapoteksfunktion samt en lokal funktion på varje sjukhus/organisation. I den regionala sjukhusapoteksfunktionen finns en representant från SLSO. Övergripande ansvar för den lokala sjukhusapoteksfunktionen har sjukvårdsdirektören. I sjukhusapoteksfunktionen ingår även chefläkare, överläkare, farmaceut, verksamhetschefer/resultatenhetschefer samt ansvariga för läkemedelstransporter.

SLSOs lokala sjukhusapoteksfunktion samordnar, stödjer, följer upp och bistår resultatenheter/verksamheter med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via mail, telefon och intranät. Läkemedelsverket är tillsynsmyndighet för läkemedelsförsörjningen i landstingen. Under året har SLSOs läkemedelsförsörjning på Rosenlunds sjukhus och Helix-Rättspsykiatri Stockholm Syd inspekterats av Läkemedelsverket utan avvikelser.

Övrigt inom läkemedelsområdet

Inom SLSO finns en läkemedelsgrupp som diskuterar och följer upp övergripande frågor inom läkemedelsområdet. Under våren 2013 har ASIH Långbro Park startat ett pilotprojekt avseende användning av läkemedelsautomater. Verksamheten har under året anställt en farmaceut. Upphandling av tjänsten Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har avslutats under 2013.

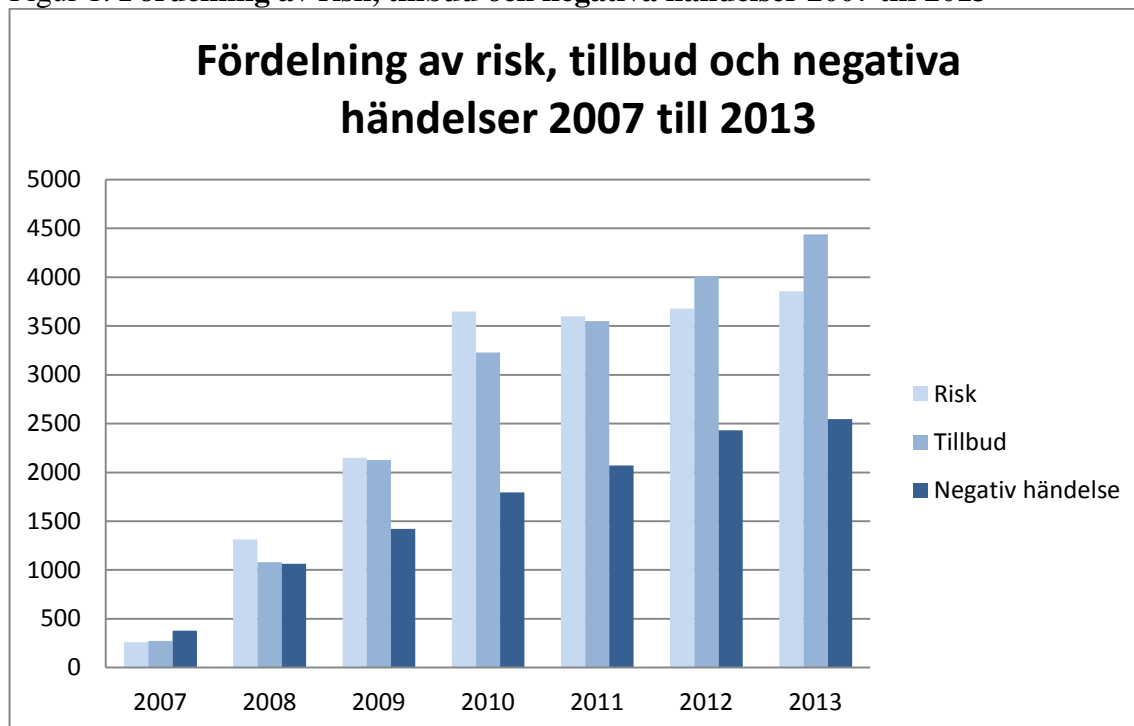
2.3 Riskinventering och riskhantering

Drygt 1/3 av alla rapporter i HändelseVis, ett webbaserat system för avvikelshantering, utgörs av risker. Under 2013 har risker kopplade till kommunikation och informationsöverföring dominerat, speciellt avseende remisshantering och informationsöverföring internt i verksamheterna. Risker inventeras på arbetsplatsträff (APT), riskronder, ledningsgrupper och yrkesgruppsmöten samt på planeringsdagar. Under året har 3/4 av verksamheterna genomfört riskrond minst en gång. Riskhanteringen sker genom att medarbetare uppdras att utreda och komma med förslag till åtgärder för att eliminera alternativt minimera risken. Riskhantering sker också genom systematiska riskanalyser enligt Socialstyrelsens etablerade modell i samband med större förändringar i verksamheterna. SLSOs styrelse gör årligen en övergripande riskinventering och riskanalys som ligger till grund för internkontrollplanen.

2.4 Avvikelsehantering

Samtliga verksamheter har lokala rutiner för avvikelshantering. Risker och avvikelser rapporteras i HändelseVis vilket möjliggör att rapporter överförs mellan enheter, verksamheter och förvaltningar inom SLL. Handläggningen av rapporter skiljer sig åt beroende på verksamheternas storlek. I mindre verksamheter t.ex. vårdcentraler handläggs och avslutas rapporter ofta av verksamhetschefen. I större verksamheter t.ex. inom psykiatri och geriatrik sker en första analys av rapporten av närmaste chef. Rapporten vidarebefordras därefter till en patientsäkerhetsgrupp som har uppgiften att granska, godkänna eller komplettera åtgärdsförslaget. Beslutade åtgärder följs sedan upp. Det finns förbättringsutrymme när det gäller uppföljning av åtgärder. HändelseVis har goda möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Återkoppling av enskilda rapporter, analyser av rapporter och statistik sker på APT och i ledningsgrupper.

Figur 1. Fördelning av risk, tillbud och negativa händelser 2007 till 2013



Riskernas andel av rapporterna minskar sedan 2010, tillbuden ökar och de negativa händelsernas andel är relativt konstant. Här finns fler möjliga förklaringar som att kunskapen om att risker är opersonliga ökar och att riskronder/riskinventeringar inte dokumenteras i HändelseVis. Risk- och avvikelserapportering skiljer sig åt mellan vårdgrenar. Detta kan förklaras av skillnader mellan vårdgrenarnas verksamhetsinnehåll men skillnaderna speglar sannolikt även varierande patientsäkerhetskulturer. Tabell 6 visar vilken andel negativa händelser utgör av samtliga rapporter 2013 inom olika vårdgrenar under.

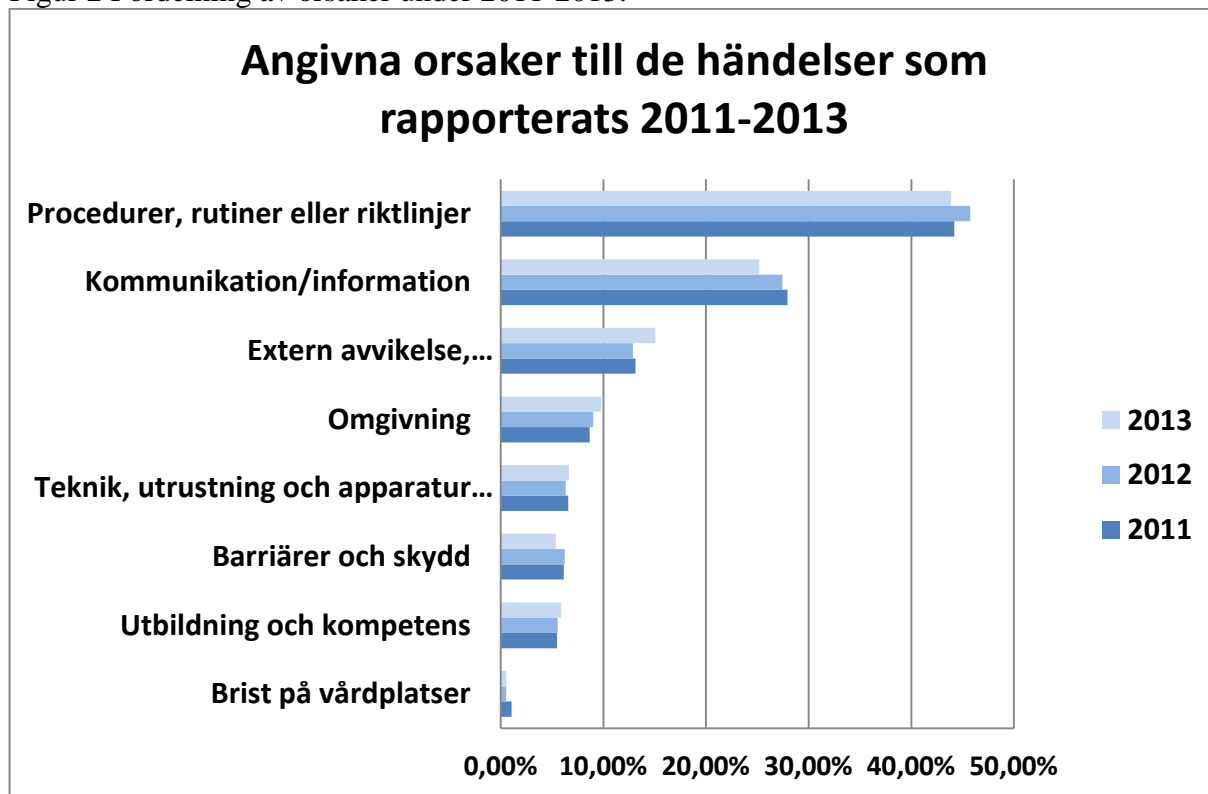
Tabell 6. Andel negativa händelser av samtliga rapporter 2013 inom olika vårdgrenar

| | Negativ händelse |
|---|------------------|
| ASIH | 24,58% |
| Beroendevård | 27,49% |
| Geriatrisk | 42,68% |
| Habilitering | 21,62% |
| Primärvård | 16,21% |
| Psykiatri | 18,16% |
| Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) | 12,00% |
| SLSO totalt | 23,42% |

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

Den dominerande orsaken till rapporterade händelser, se figur 2, är att procedurer, rutiner och riktlinjer inte har följts (46 %). I den nationella patientsäkerhetskulturenkäten (2011) instämmer många i påståendet "Vi arbetar under mycket press och försöker utföra alltför mycket alltför snabbt". En sådan arbetsmiljö kan bidra till att rutiner inte följs.

Figur 2 Fördelning av orsaker under 2011-2013.



2.5 Hantering av klagomål och synpunkter

Ett mål för SLSO är att på bästa möjliga sätt tillgodose våra patienters behov och förväntningar på bemötande, vård och behandling. Patienten eller närstående har alltid möjlighet att lämna synpunkter eller klagomål på utförd vård.

Klagomål och synpunkter hanteras i första hand inom berörd verksamhet. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns lokala rutiner för hantering av inkomna klagomål och synpunkter. Alla klagomål och synpunkter analyseras, korrigeras, åtgärdas och följs upp samt kommuniceras på arbetsplatsträffar (APT), ledningsgruppsmöten, i samverkansgrupper, etc. Ärendet och vidtagna åtgärder återkopplas till samtliga medarbetare inom berörd verksamhet och de som varit involverade i händelsen. Vidtagna åtgärder ska förhindra att liknande händelse inträffar igen. Uppföljning och analys av klagomål och synpunkter sker regelbundet inom verksamheten. Verksamhetschefen eller motsvarande ansvarar för att åtgärder vidtas. Bedömer hen att ärendet bör prövas enligt lex Maria överlämnas ärendet till chefläkaren. Chefläkaren beslutar om anmälan enligt lex Maria. Lex Maria-, Patientnämnds- och Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolags- (Patientförsäkringen LÖF) ärenden rapporteras i HändelseVis.

Patient/närstående ska informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden (PaN) eller göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller Patientförsäkringen (LÖF) om inte klagomålet kan lösas i verksamheten. Årligen genomförs patientenkäter där patienter kan lämna synpunkter vilket är ett bra underlag för verksamhetens förbättringsarbete.

Klagomål och synpunkter till Patientnämnden

Patientnämnden ska med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter stödja och hjälpa enskilda patienter samt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Inkomna ärenden innehåller viktig information vilket utgör underlag för vårdens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Samtliga inkomna klagomål och synpunkter delges verksamhetschef eller motsvarande. Chefläkarna granskar till SLSO inkomna patientnämndsärenden.

Tabell nedan visar antalet ärenden per vårdgren som anmälts till PaN och handlagts av chefläkare.

Tabell 7 Antal ärenden från PaN

| | 2013 | 2012 |
|-------------|------|------|
| Geriatrik | 5 | 12 |
| Primärvård | 136 | 166 |
| Psykiatri | 150 | 159 |
| Övriga | 9 | 0 |
| SLSO totalt | 300 | 337 |

Antalet ärenden till Patientnämnden från geriatrik och primärvård har under 2013 minskat jämfört med 2012. En marginell minskning noteras av antal ärenden inom psykiatri. I första hand gäller klagomålen behandling men även bemötande och tillgänglighet inom alla vårdgrenar.

Patientens klagomål till Socialstyrelsen/ IVO

Klagomål från patient/närstående skickades till Socialstyrelsen tom maj 2013. From 1 juni har IVO tagit över hanteringen av dessa klagomål. Alla klagomål/ ärenden registreras av SLSOs registrator. Därefter får berörd verksamhetschef det aktuella klagomålet för handläggning. Innan ärendet skickas till IVO granskas det av chefläkare.

Tabell nedan visar antalet ärenden per vårdgren inom SLSO som anmälts av patienter/närstående till Socialstyrelsen och från 1juni till IVO

Tabell 8 Antal "klagomål" till IVO per vårdgren

| Vårdgren | 2013 | 2012 |
|-------------|------|------|
| Geriatrik | 10 | 19 |
| Primärvård | 91 | 145 |
| Psykiatri | 132 | 186 |
| Övriga | 1 | 3 |
| SLSO totalt | 234 | 353 |

Patientförsäkringen LÖF

Patientskadelagen (SFS 1996:799) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) försäkrar landstingen gentemot patienter som skadas i samband med hälso- och sjukvård.

Under 2013 anmäldes 10 ärenden av patienter till Patientförsäkringen LÖF (jämfört med 19 år 2012).

2.6 Utredning av vårdskador

Under 2013 har drygt 2 500 negativa händelser registrerats i HändelseVis vilket utgör 23 % av samtliga rapporter (se tabell 6).

Tabell 9 Andel risk- och avvikelserapporter 2010 till 2013

| | Risk | Tillbud | Negativ händelse |
|------|--------|---------|------------------|
| 2010 | 42,06% | 37,23% | 20,71% |
| 2011 | 39,04% | 38,50% | 22,46% |
| 2012 | 36,30% | 39,70% | 24,00% |
| 2013 | 35,67% | 40,91% | 23,42% |

De mest frekvent rapporterade negativa händelserna rör fallskada. Som framgår av tabell 10 har bedömningen av konsekvensen av den inträffade negativa händelsen skett i riktning mot mindre allvarlig och ej bedömbart konsekvens från 2011 till 2013. Under samma period har andelen negativa händelser med katastrofal konsekvens minskat medan negativa händelser med betydande konsekvens ökat tydligt. De allvarligaste konsekvenserna berör suicid, suicidförsök, oklara dödsfall och bristande vård.

Tabell 10 Fördelning av konsekvens vid negativ händelse

| | Katastrofal | Betydande | Måttlig | Mindre | Ingen | Går ej att bedöma |
|------|-------------|-----------|---------|--------|--------|-------------------|
| 2013 | 5,85 % | 6,40 % | 22,58% | 41,28% | 6,25 % | 17,64% |
| 2012 | 6,58 % | 5,26 % | 21,13% | 40,32% | 6,82 % | 19,89% |
| 2011 | 6,76 % | 4,73 % | 24,05% | 42,88% | 5,17 % | 16,41% |

Under 2013 har drygt 50 händelseanalyser genomförts. Analyserna genomförs huvudsakligen lokalt och åtgärdsförslagen, genomförande och uppföljning är därför enbart tillgängliga inom berörd verksamhet. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens, se tabell 10, gäller huvudsakligen psykiatri eller beroendevård och handlar i de flesta fall om självmord eller oklara dödsfall.

Tabell 11. Klassificering och konsekvenser av negativa händelser under 2012

| Kolumn1 | Katastrofal* | Betydande** | Måttlig*** | Mindre**** | Ingen bedöma | Går ej att |
|---|--------------|-------------|------------|------------|--------------|------------|
| Brister i läkemedelshanteringen | 2 | 24 | 95 | 225 | 36 | 71 |
| Brister i vårddokumentation och informationsöverföring | 6 | 23 | 68 | 160 | 29 | 157 |
| Fel på eller felaktigt hanterande av medicinteknisk produkt | 2 | 2 | 15 | 13 | 4 | 9 |
| Patientolycksfall | 53 | 32 | 194 | 398 | 68 | 41 |
| Avsiktligt självdestruktiva handlingar hos patient | 66 | 15 | 43 | 27 | 1 | 6 |
| Bristande bemötande | 0 | 4 | 14 | 34 | 1 | 24 |
| Hot och våld mot patient | 0 | 4 | 13 | 13 | 2 | 3 |
| Avsteg från sekretess och tystnadsplikt | 0 | 0 | 5 | 7 | 0 | 5 |
| Bristande tillgänglighet | 1 | 5 | 20 | 56 | 2 | 21 |
| Vårdgarantin ej uppfylld | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Bristande vård | 14 | 48 | 97 | 105 | 13 | 92 |
| Brister i cell- och vävnadshantering | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |

Dödsfall/själv mord eller bestående stor funktionsnedsättning.** Bestående måttlig funktionsnedsättning.

*** Övergående funktionsnedsättning.**** Obehag eller obetydlig skada.

Själv mord leder till lex Maria-anmälan som åtföljs av verksamhetschefens interna utredning och i många fall av händelseanalys. Utöver självmord har händelseanalyserna handlat om läkemedelsförväxlingar, medicinsk teknik, informationsöverföring och missad/utebliven diagnos.

Tabell 12. Antal lex Maria per vårdgren

| Vårdgren | 2013 | 2012 |
|-------------|------|------|
| Geriatrisk | 1 | 2 |
| Primärvård | 36 | 22 |
| Psykiatri | 79 | 118 |
| Övriga | 1 | 0 |
| SLSO totalt | 117 | 142 |

Det har under 2013 gjorts 117 lex Maria-anmälningar, jämfört med 142 st. år 2012, varav 68 % avser psykiatri och beroendevård. För 2012 utgjorde psykiatrins andel 83 % av anmälningarna. Minskningen kan till viss del kopplas till att utlåtanden i rättsmedicinska utredningar i mindre utsträckning under året har använt formuleringen ”suicid kan ej uteslutas”. I de fall denna formulering används medför det alltid en anmälan enligt lex Maria. Psykiatrins och beroendevårdens andel av lex Maria påverkas också av att antalet lex Maria inom primärvården ökat. Ökningen av antalet lex Maria anmälningar inom primärvården kommer att bli föremål för utredning och analys.

2.7 Övergripande resultat av patientsäkerhetsarbetet under året

Tabell 13. SLSOs övergripande mål för samtliga resultatenheter och måluppfyllelsen för dessa mål för patientsäkerhetsarbetet.

| Antalet rapporterade risker, tillbud och negativa händelser ska öka | Andelen patienter som riskbedöms för trycksår ska öka | Andelen patienter som riskbedöms för suicid ska öka | Alla resultatenheter ska redovisa sitt patientsäkerhetsarbete i verksamhetsberättelsen | Antalet läkemedelsgenomgångar ska öka | Alla resultatenheter ska genomföra minst en riskanalys |
|---|---|---|--|---------------------------------------|--|
| 51 % | Geriatrik 100 % | Psykiatri 100 % | 96 % | Psykiatri o primärvård 91 % | 75 % |

Skydd mot vårdskada är målet för patientsäkerhetsarbete. Det enda sätt SLSO idag kan mäta förekomsten av vårdskada är de vårdskador vilka registreras som negativa händelser i HändelseVis. Internationella studier visar att registreringen av avvikelser är bristfällig även i organisationer vars säkerhetsarbete lyfts fram som förebildlig. Det är angeläget att hitta mer tillförlitliga mått på förekomsten av vårdskador.

En negativ händelse ska innebära att en vårdskada har inträffat. Detaljstudier av rapporter om negativa händelser visar att allt för många rapporterade negativa händelser inte är vårdskador. För att säkrare veta att det är en vårdskada som har rapporterats har vi studerat negativa händelser som bedömts ha haft de allvarligaste konsekvenserna, dvs. katastrofal eller betydande konsekvens. Som framgår av tabell 14, givet att de redovisade måtten i tillräcklig grad speglar utvecklingen av vårdskador, finns inget som tyder på att vårdskador har minskat. Andelen negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens har i ett perspektiv på fyra år snarare ökat något.

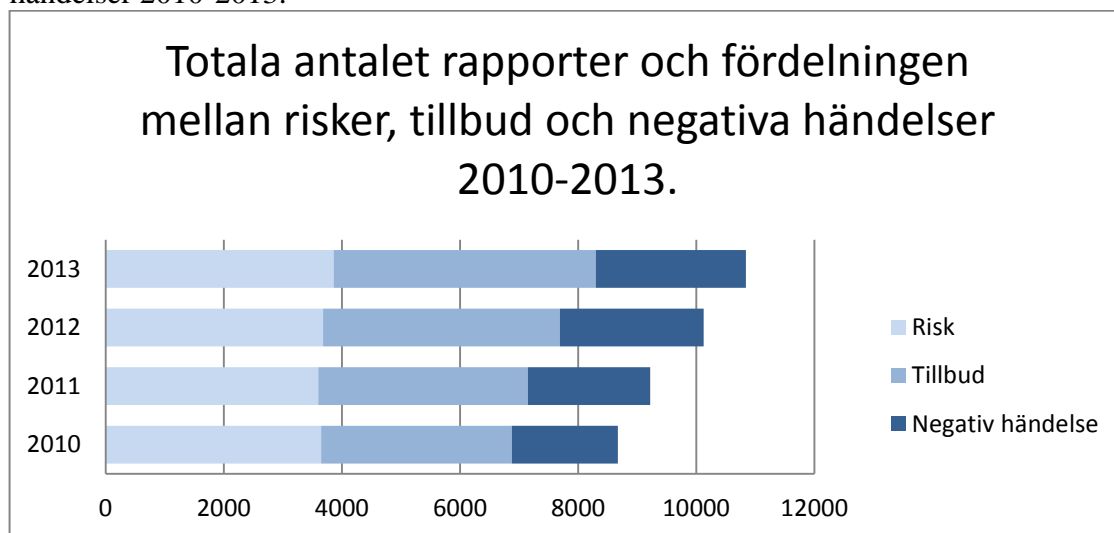
Tabell 14. Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga avvikelser

| | Antal vårdavvikelse-rapporter | Andel negativa händelser av samtliga vårdavvikelser | Antal negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens | Andel negativa händelser med katastrofal eller betydande konsekvens av samtliga vårdavvikelser |
|------|-------------------------------|---|---|--|
| 2010 | 5023 | 35,70% | 192 | 3,80 % |
| 2011 | 5620 | 36,90% | 238 | 4,20 % |
| 2012 | 6448 | 37,70% | 288 | 4,50 % |
| 2013 | 6984 | 36,50% | 312 | 4,50 % |

Risk- och avvikelserrapportering

Ett av SLSOs mål 2013 var att antalet rapporter ska öka. Resultatet redovisas nedan.

Figur 3. Totala antalet rapporter och fördelningen mellan risker, tillbud och negativa händelser 2010-2013.



Som tidigare redovisats har riskernas andel av rapporterna minskat sedan 2010. Tillbuderna har ökat medan de negativa händelsernas andel är relativt konstant. En genomgång av risker från 2012 och 2013 visar att chefer i större omfattning omklassificerar risker till tillbud. En granskning av riskrapporter visar att chefer har blivit bättre på att klassificera rätt.

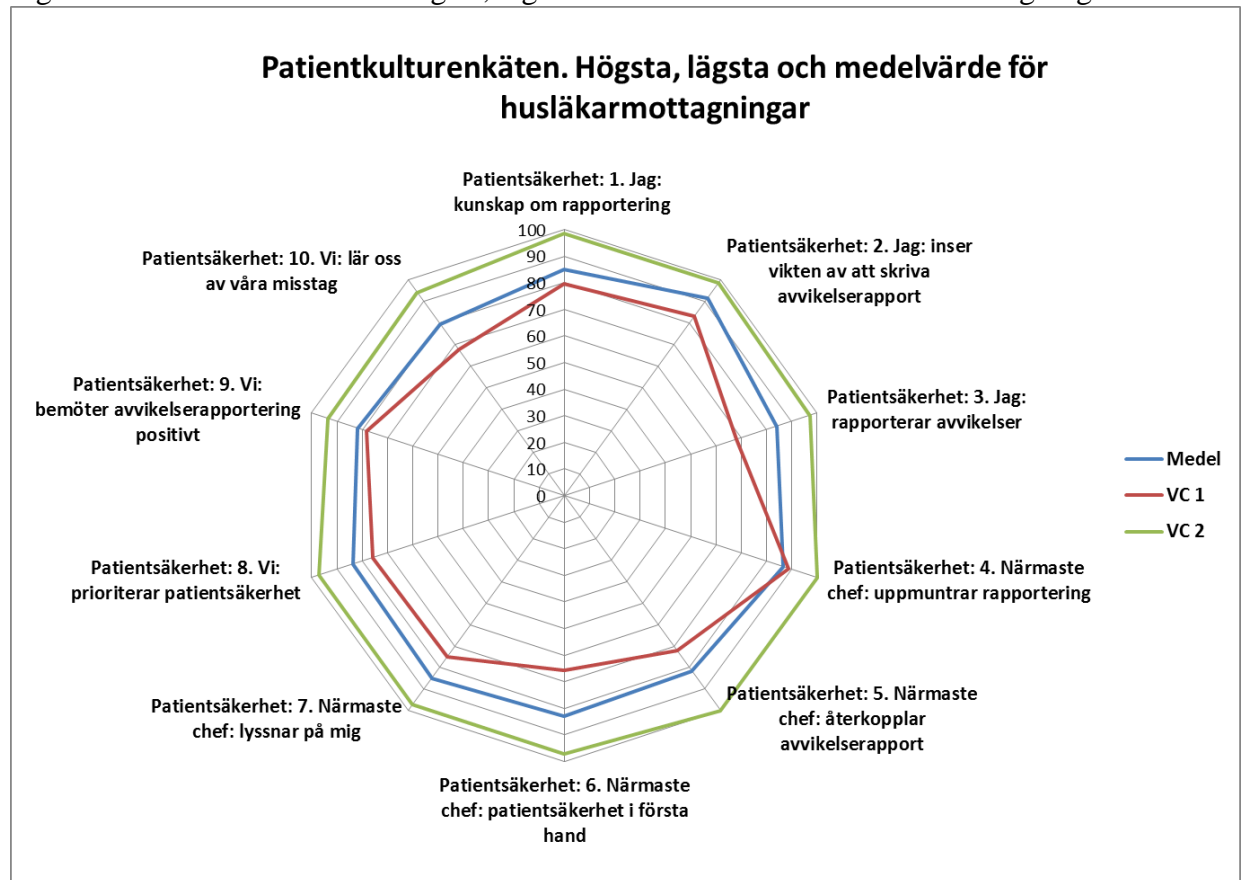
Patientsäkerhetskultur

Säker hälso- och sjukvård förutsätter att ledningen på alla nivåer driver ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla medarbetare.

Säkerhetsmedvetandet har stor betydelse för hur de risker som patienter utsätts 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.

Sedan 2008 genomför SLSO årligen en mätning av patientsäkerhetskulturen i samband med medarbetarenkäten. Enkäten består av tio frågor. Sett ur ett SLSO-perspektiv är skillnaden i resultat mellan 2012 och 2013 liten. Som framgår av figur 4 är variationsvidden i resultat stor och mycket finns att lära verksamheter emellan.

Figur 4 Patientkulturenkäten. Högsta, lägsta och medelvärde för husläkarmottagningar



Under 2011 genomförde SLSO den mer omfattande nationella mätningen av patientsäkerhetskulturen. SLSO avser att upprepa mätningen 2014. Ett annat sätt att studera kulturen i verksamheterna är att undersöka antalet avvikelserapporter per medarbetare. Här skiljer sig olika vårdgrenar åt. Geriatriska vårdavdelningar har mer än dubbelt så många risk- och avvikelserapporter som psykiatriska vårdavdelningar även när de rapporter som handlar om patienter som fallit inom geriatriken har tagits bort. Det finns mycket att lära också mellan vårdgrenar.

3. Patientsäkerhetsarbete inom SLSOs vårdgrenar

3.1 Primärvård

Primärvårdsverksamhet bedrivs vid 96 resultatenheter inom SLSO. Dessa har ett eller flera av följande avtalade uppdrag: husläkarverksamhet och basal hemsjukvård, barnhälsovård (BVC), vård vid barnmorskemottagning (BMM/MVC), närakut -/lättagutverksamhet, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, rehabilitering i öppenvård, logopedverksamhet, psykosociala insatser i primärvård, fotsjukvård, kost- och nutritionsverksamhet, akademiska vårdcentraler (AVC) och neuroteam. Från och med 2008 gäller Vårdval och auktorisation inom de flesta delar av primärvården i SLL. Vårdval infördes inom specialiserad sjukgymnastik 1 maj 2012 och den 1 oktober 2012 för primärvårdsrehabilitering.

SLSOs primärvårdsverksamheter har stor geografisk spridning över länet och är olika stora t.ex. varierar antalet listade patienter på vårdcentraler från 1 697 till 34 020.

Patientsäkerhetsarbetet är en naturlig del av den dagliga verksamheten och utgör en viktig del av verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. Patientsäkerhetsrisker bedöms utifrån avvikelserapportering och förbättringsförslag i HändelseVis, patientenkäter, patientsäkerhetskulturenkäten, anmälningar till Patientnämnden, klagomål till IVO, riskronder och egenkontroll samt interna och externa revisioner. Verksamheterna gör systematisk och kontinuerligt patientenkäter för att fånga patienternas iakttagelser och synpunkter som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Flera av verksamheterna följer regelbundet vissa parametrar t.ex. MRSA, VRI, trycksår, fall hos hemsjukvårdspatienter.

Risker och avvikelser

Risk- och avvikelshantering är grunden för god och säker vård. Under 2011 har SLSO genomfört den nationella patientsäkerhetskulturenkäten inom samtliga verksamheter. Enkätresultatet har för samtliga verksamheter varit en utgångspunkt för att intensifiera patientsäkerhetsarbetet. Under 2013 har arbetet fortsatt med utgångspunkt från framtagna handlingsplaner. De vanligaste riskerna som identifierades i enkäten var informationsöverföring mellan olika vårdenheter, vårddokumentation, läkemedelshantering och remisshantering. Inom husläkarverksamheten görs en riskbedömning vid inskrivningen i hemsjukvården. Samtliga verksamheter fortsätter arbetet med att utveckla en kultur där medarbetare uppmuntras att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Verksamheterna har väl fungerande lokala rutiner för klagomålshantering. Dessa klagomål tas regelbundet upp på APT, lokala ledningsmöten, samverkansmöten och ligger till grund för utvecklingsarbetet. 95 % av verksamheterna använder HändelseVis.

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerhetsarbetet och bistås av medicinskt ansvarig läkare.

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

Informationsöverföring och samverkan

Verksamheterna har under 2013 fortsatt sitt arbete med att säkra informationsöverföring mellan olika vårdgivare och samarbetspartners. Stor vikt har lagts på den interna kommunikationen inom respektive enhet. Enheterna har reviderat och förbättrat befintliga rutiner alternativt tagit fram nya. Verksamheterna samverkar med och har dokumenterade samverkansavtal med samarbetspartners såsom vuxenpsykiatri, BUP, geriatriska verksamheter, primärvårdsrehabilitering, BVC, MVC, barnläkarmottagningar, kommuner/stadsdelar, ASIH, skolhälsovården, arbetsförmedling och försäkringskassan m.m. Flera vårdcentraler/husläkarmottagningar, lättakuter och närakuter har väl fungerande samarbete med ambulanssjukvården. Primärvårdsrehabiliteringen har nära

samarbete med andra rehabiliteringsenheter både i sluten- och öppenvård, Stockholms syncentral och i vårdutvecklingsfrågor med Centrum för allmänmedicin (CeFAM)

Journaldokumentation

Korrekt journaldokumentation är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Inom alla vårdgrenar pågår ett gemensamt arbete med att utveckla journalsystemet TakeCare (TC). Flera primärvårdsenheter genomför regelbundet journalgranskning för att förbättra journaldokumentationen.

Arbetet har fortsatt med att ta fram gemensamma journalmallar med syfte att skapa en enhetlig strukturerad dokumentation. Detta för att stödja vårdprocesserna genom att fungera som en form av checklista för vården av patienten. Den strukturerade journaldokumentationen ger goda förutsättningar till systematisk kvalitetsuppföljning, benchmarking och direktöverföring av data till olika kvalitetsregister. Inom primärvårdsrehabilitering dokumenteras för patienter med minst tre besök en rehabiliteringsplan med rehabiliteringsmål. Självsattad livskvalitet enligt enkätmetoden EQ-5D följs och dokumenteras hos alla rehabiliteringspatienter. Inom hemrehabiliteringsuppdraget görs fallriskbedömningar på alla patienter vilka dokumenteras i särskild mall i TC.

Kompetensutveckling, lärande organisation

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

Deltagande av medarbetare från primärvårdsenheterna i patientsäkerhetsutbildningar och konferenser är fortsatt god. Medarbetare från Boo VC har presenterat patientsäkerhetsarbete kring Waranbehandling på en internationell patientsäkerhetskongress. Primärvårdens verksamheter har deltagit i SLSOs patientsäkerhetsdialoger och genomfört planeringsdagar med fokus på patientsäkerhet. Nätverket för medicinskt ansvariga läkare (MAL) har haft regelbundna träffar med inriktning på patientsäkerhet. Medarbetare har utbildats i risk- och händelseanalys, i ”offentlighet och sekretess” samt patientdatalagen. Primärvårdsverksamheter rapporterar till flertal kvalitetsregister som t.ex. NDR (Diabetes), Riks-stroke, BOA, senior Alert och SweDem.

Läkemedel

Samtliga vårdcentraler följer systematiskt förskrivningen av läkemedel och följsamhet till Kloka Listan samt följer Stramas rekommendationer angående antibiotikaförskrivning. Följsamhet till Kloka Listan inom primärvården var 90 % under 2013.

Registrerade läkemedelsgenomgångar för patienter inskrivna i hemsjukvården samt hos patienter över 75 år med 5 läkemedel eller fler, har genomförts på 6255 individer.

En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är korrekt hantering av läkemedel, administrering, dokumentation och delegeringar. Majoriteten av patienter i hemsjukvården får läkemedel via dosdispensering (s.k. ApoDos). Läkemedel ordinerar i förskrivningsverktyget Pascal, Apoteket levererar läkemedelspåsar till vårdcentralen som av distriktssköterskor distribueras till patienter. ApoDos användningen ökar patientsäkerheten genom att läkemedelsförväxlingar och feldelningar minskar. Verksamheterna anlitar Apoteket AB för att utföra kvalitetsgranskning av läkemedelshandling.

Hygien- och klädregler

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

Tillgänglighet

Telefontillgängligheten inom primärvården mäts kontinuerligt av Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Med telefontillgänglighet avses andel samtal som i undersökningen besvaras inom godkänd tid. Det sammantagna resultatet för SLSOs vårdcentraler har under 2013 försämrats något. Under 2013 besvarades 90 % av samtalen inom godkänd tid, att jämföra med 93 % föregående år och 92 % år 2011. Det försämrade resultatet inträffade under första halvåret och under den tiden var det en del tekniska problem med TeleQ (system för samtalsbokning), vilket delvis kan förklara nedgången. Mätningar av hur väl olika vårdcentraler uppfyller krav i vårdgarantin (läkarbesök inom 5 dagar) visar stor spridning mellan enheterna. Under hösten 2013 genomfördes en mätning som visade att 89 % av patienterna har erbjudits tid inom vårdgaranti.

Kunskapsbaserad vård

Verksamheterna använder landstingsgemensamma vårdprogram (VISS) och nationella vårdprogram som stöd i arbetet. Samtliga yrkeskategorier deltar i olika fort- och utbildningsaktiviteter. Primärvården har tillsammans med andra vårdgrenar arbetat med att förbättra omhändertagande och vården för multisjuka äldre, demensvård, handläggning av patienter med artros och undernäring hos äldre. I stor utsträckning har vårdcentralerna arbetat med suicidprevention.

3.2 Psykiatri

Psykiatrin inom SLSO består av Psykiatri Nordväst (PNV), Norra Stockholms Psykiatri (NSP), Psykiatri Södra Stockholm (PSS), Psykiatri Sydväst (PSV), Psykiatricentrum Södertälje (PCS), Rättspsykiatri Vård Stockholm (RPV), Beroendecentrum Stockholm (BCS) samt Stockholms Centrum för ätstörningar (SCÅ). Vidare ingår Barn- och Ungdomspsykiatri uppdelad på BUP Nordost, BUP Nordväst, BUP Sydost, BUP Sydväst, BUP:s Specialenheter samt heldygnsvård.

Patientsäkerhetsarbete

Inom samtliga verksamheter pågår ett systematiskt kvalitetsarbete med att se över den interna organisationen för patientsäkerhetsarbetet, tydliggöra chefers roll och öka medvetenheten hos medarbetarna. Detta innefattar såväl utbildning som uppföljning av följsamhet till riktlinjer och rutiner. Medarbetare från verksamheterna kompetensutvecklas inom risk- och händelseanalys och deltar i SLSOs metodspecialistdagar. För att stärka patientsäkerhetsarbetet skapade BUP i januari 2013 en ny patientsäkerhetsorganisation. Arbetet med riskronder och riskanalyser har inletts inom verksamheterna. Patientsäkerhetsgruppen på PNV har besökt ett antal enheter för inventering av riskerna med allvarlighetsgrad, frekvens samt åtgärdsförslag. Som pilotstudie har PSV vid två enheter genomfört patientsäkerhetsrond. De avvikelser som rapporteras i systemet HändelseVis handlar om läkemedel, dokumentation, kommunikation och självmord. Arbetet med att öka

rapporteringsfrekvensen pågår kontinuerligt med målet minst en avvikelse i genomsnitt per anställd och år (v g se Avvikelsehantering 2.4). Handläggningstiderna har halverats på BCS sedan föregående år.

I Stockholms läns landsting pågår ett genomgripande förändringsarbete inom hela hälso- och sjukvården som benämns Framtidens hälso- och sjukvård. Under året har de psykiatriska verksamheterna deltagit i detta arbete med tyngdpunkt på riskanalys och patientsäkerhetsfrågor.

Kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) har införts inom flera verksamheter. Verktyget används för att skapa en struktur för säker kommunikation och informationsöverföring. På PSV har samtliga slutenvårdsenheter genomfört hygienrund och deltagit i SLSOs hygienmätning. Inom verksamheterna finns barnsamordnare som arbetar med att tillgodose barns behov av information, råd och stöd när barnets föräldrar lider av psykisk ohälsa. Inom PNV har en tvärfacklig arbetsgrupp med brukarmedverkan bildats som ska se över hur bemötandet avseende patienter och anhöriga kan utvecklas.

Samverkan

Det finns en övergripande samarbetsöverenskommelse mellan SLL och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) gällande vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Samtliga vuxenpsykiatriska verksamheter i SLSO har skriftliga samverkansöverenskommelser med kommuner/stadsdelar. Rättspsykiatrin samverkar med samtliga kommuner i länet. BCS har skriftliga samverkansöverenskommelser med de flesta kommuner där man bedriver verksamhet. Dessa förnyas successivt och då ingår även kriminalvård och primärvård. Inom verksamheterna sker kontinuerligt samarbete med patientorganisationer och s.k. Brukarråd. Anhörigas delaktighet i den psykiatriska vården är ett prioriterat förbättringsområde.

Självordsprevention (suicidprevention)

Stöd för dokumentation av strukturerade suicidriskbedömningar finns infört i journalsystemet. Antalet suicidriskbedömningar följs med statistik. Uppföljning av patienter med förhöjd självordsrisk görs enligt lokala rutiner. Speciella suicidpreventionsgrupper finns som tar fram underlag till preventiva åtgärder och stöder berörd personal efter patienters självords. Inom RPV har man tagit fram en rutin för en tydligare dokumentation av suicidriskbedömningar, som implementeras under kommande år. Samtliga självords i anslutning till vården blir föremål för intern utredning via verksamhetschef eller chefsöverläkare och anmäls till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Anhöriga bereds möjlighet att lämna synpunkter som ett värdefullt bidrag till utredningen. I de fall där kritik riktas mot vården rör det sig oftast om brister i suicidriskbedömningen. IVOs beslut delges medarbetarna. Påtalade brister leder till förbättringsåtgärder.

Tvångsvård

SLSO har gemensamma riktlinjer för dokumentation av tvångsvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det finns också gemensamma journalmallar för LPT-beslut. Detta ger enhetlighet beträffande rutiner för dokumentation och en hög grad av

samsyn vad gäller tolkning av lagkrav. Verksamheternas LPT-controllers säkerställer att dokumentationskraven efterlevs, med särskilt fokus på vårdplaner enligt LPT. RPV har tillsammans med psykiatrin från Dalarna och Gotland deltagit i en arbetsgrupp för utveckling av en metod för bevakning av beslut om åtgärder inom lagstadgad tid.

Vårdplaner

Arbetet med enhetlig dokumentationsstruktur avseende vårdplaner har fortsatt under året. Detta gäller både interna vårdplaner och vårdplaner i samverkan med kommunerna.

Egenkontroll

Egenkontroll utförs kontinuerligt på PSS med fokus på journalgranskning för specifika sökord som vårdplan, krisplan, strukturerade självmordsriskbedömningar, planering vid utskrivning, vårdplan enligt § 16 LPT och motiveringar till tvångsåtgärder. På PNV och PNS har en intern revision av journaldokumentation inom alla öppenvårdsenheter påbörjats. Verksamheterna rapporterar i nationella kvalitetsregister t.ex. Bipolär, ECT-registret, PsykosR, BUSA, SBR och RIKSÄT. SLSO följer statistik bl.a. avseende de psykiatriska verksamheternas dokumentation av suicidriskbedömningar, vårdplaner och LPT dokumentation. (se 1 Ansvarsfördelning och egenkontroll)

Hot och våld

Hot och våld är en påtaglig riskfaktor, framförallt inom psykiatrisk slutenvård. En våldsförebyggande kultur, med inget eller minimalt användande av tvångsåtgärder, är viktig för att förebygga hot och våld. Det våldsförebyggande arbetet bedrivs enligt Bergenmodellen. Medarbetarna får goda kunskaper i Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT), vilka faktorer som leder fram till våld och hur bemötande minskar risken. Utbildningen till kursledare i Bergenmodellen bedrevs tidigare av norska utbildare men har nu övergått i SLSOs regi, för närvarande finns 90 utbildade kursledare.

Regionala vårdprogram

Regionala vårdprogram i SLL utgör en viktig kunskapsgrund och ett stöd för evidensbaserad handläggning av patienter inom psykiatrin. Ett verktyg www.psykiatristod.se erbjuder en uppdaterad och ständigt tillgänglig version av aktuella vårdprogram. Under 2013 omfattades dessa av ADHD, Alkoholberoende, Autismspektrumtillstånd, Bipolär sjukdom, Lindrig utvecklingsstörning, Läkemedelsberoende, Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Suicidnära patienter, Ångestsyndrom och Ätstörningar. Utifrån vårdprogrammen skapas lokala rutiner.

Övrigt förbättringsarbete inom psykiatri

SLSOs psykiatriska verksamheter har deltagit i SLLs heldygnsvårdsprojekt ”Parasollet” som syftar till att förbättra vården och minska användning av tvång. Team från flera av SLSOs verksamheter har deltagit i SKL:s genombrottsprojekt ”Bättre vård – Mindre tvång”. Tolv vårdavdelningar har arbetat med konceptet ”Frigör tid till vård” (FTV), framtaget av NHS i England. Syftet med FTV är att personalen systematiskt ska arbeta igenom alla processer på vårdavdelningen med stöd av särskilda manualer för att leverera säker och effektiv vård med tydligt patientfokus. Ett antal avdelningar har under 2012-13 introducerat ”Lugna rummet” dit patienter kan gå för att få lugnande sinnesstimulering. Det förefaller som om patienterna har god nytta av möjligheten och det bidrar till att orosnivån på avdelningen sjunker.

3.3 Geriatrik och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Geriatriken i SLSO består av tre kliniker, Stockholmsgeriatriken, Danderydsgeriatriken och Jakobsbergsgeriatriken. Under 2013 har det funnits fyra ASIH-verksamheter varav två tillhörde geriatrik och två var självständiga verksamheter. Verksamheterna har ett väl etablerat samarbete kring gemensamma fokusområden och prioriterade insatser och utvecklingsmål. Inom ASIH-verksamheterna infördes vårdval den 15 januari 2013.

Patientsäkerhetsarbete

Strukturen i patientsäkerhetsarbetet inom geriatrik och ASIH är sedan länge väl etablerat med vissa lokala variationer.

Allvarliga händelser som ger anledning till förbättringsarbete och/eller förändringar av rutiner diskuteras mellan verksamhetschefer, samordnande chef och chefläkare inom SLSO. Spridning av erfarenheter från dessa allvarliga händelser sker genom nätverk inom och mellan vårdgrenarna. Dessutom finns ett samarbete mellan verksamheterna vid händelse- och riskanalyser där metodspecialister hjälps åt att genomföra utredningar hos varandra.

Samordnad och patientfokuserad vård

Under 2013 har de tre geriatrika klinikerna samarbetat och tagit fram gemensamma rutiner inom sårvård, fall och nutrition och påbörjat implementering inom respektive verksamhet. Vidare har det framtagits gemensamma riktlinjer för delegering till undersköterskor.

Flera ASIH verksamheter har infört Safety Briefing, vilket innebär att vårdteamet träffas 15 minuter varje morgon för att gemensamt identifiera och diskutera dagens speciella patientsäkerhetsrisker. Inom både geriatrik och ASIH har man infört rutinen att efter varje arbetspass träffas för en kort återkoppling där tar man upp dagens risker och händelser.

Prioriterade förbättringsområden är fortsatt arbete med samordnad vårdplanering (SOVP), överrapportering till andra vårdinstanser, fallprevention, sårvård samt nutitionsbedömning. Arbetet sker i nära samarbete med den lokala forsknings- och utvecklingsenheten (FoU.nu)

Kunskapsbaserad och patientsäker vård

Vården ska vara evidensbaserad och följa gällande riktlinjer, regionala vårdprogram och lokala rutiner. Inom samtliga geriatrik/ASIH-verksamheter sker en fortlöpande utbildning av medarbetare i risk- och händelseanalys. Dessa deltar i eller leder patientsäkerhetsarbetet inom sina respektive verksamheter.

Verksamheterna har arbetsgrupper, patientsäkerhetsgrupper, kvalitetsteam med representanter från samtliga vårdteam och vårdavdelningar. De verkar för en kultur där medarbetarna uppmuntras till att se risker och avvikelser som möjligheter till förbättring. Riskrund görs minst en gång per år. Dessa grupper bistår verksamhetschefen med att säkerställa rutiner och ansvarsfördelning utifrån evidensbaserad kunskap och aktuell forskning. Under 2013 har ett arbete inom ASIH bedrivits i syfte att säkerställa rutiner och arbetsätt inför omorganisation till en ny resultatenheter. Ett gemensamt verksamhetsråd har skapats mellan ASIH-verksamheterna för stöd till utveckling av vårdgrenen

Avvikelsehantering och en lärande organisation

Målet med avvikelsehanteringen är att göra vården säkrare. Resultatet och erfarenheterna sprids och följs upp på APT och teammöten, ledningsgrupper och samverkansmöten. Händelseanalyser genomförs vid allvarlig avvikelse eller återkommande tillbud. Händelser med flera involverade vårdgivare utreds gemensamt.

3.4 Habilitering & Hälsa

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

Organisation av patientsäkerhetsarbete

Verksamhetscheferna ansvarar för att det finns rutiner för avvikelsehantering och att dessa är kända och följs i verksamheten. Habilitering & Hälsa har två patientsäkerhetssamordnare som stöd i patientsäkerhetsarbetet. De följer utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet och informerar fortlöpande ledningen samt utvärderar patientsäkerhetsarbetet. Verksamheten har 23 lokala patientsäkerhetsombud. Deras uppgift är att stödja de lokala enheterna i patientsäkerhetsarbetet, att initiera händelseanalyser vid allvarliga avvikelser och att stödja medarbetare att rapportera avvikelser och risker.

Avvikelse rapportering

Avvikelse i HändelseVis rapporteras till närmaste chef för handläggning och åtgärder. Verksamhetscheferna avgör vilka avvikelser som ska vidarebefordras till chefläkare för bedömning av eventuell lex Maria-anmälan. Två gånger per år sammanställer patientsäkerhetssamordnare statistik över rapporterade avvikelser. Den presenteras för ledningsgruppen och publiceras på intranätet. Under 2013 rapporterades 118 risker, 148 tillbud och 46 negativa händelser. Rapporter beträffande brister i vårddokumentation och informationsöverföring dominerar, därefter kommer bristande tillgänglighet, olycksfall och bristande vård.

Patientsäkerhetsarbete

Under året har patientsäkerhetsombuden träffats vid två tillfällen med fokus på riskrund, riskinventering och inrapporterade avvikelser. Efter första träffen utformades ett förslag till ledningsgruppen angående speciella avvikelserapporteringar. En genomgång av SLSOs materiel angående riskrund "Ett effektivt sätt att genomföra riskrund" har genomförts. Patientsäkerhetssamordnarna har deltagit i den nationella patientsäkerhetskonferensen, i SLLs patientsäkerhetsdag och vid nätverksträffar för metodspecialister inom SLSO.

Ledningen har beslutat att från och med 2014 genomförs riskrund på verksamhetens enheter i mars varje år. Under riskrund identifierade risker rapporteras i HändelseVis. Syftet med detta är att lyfta fram risker i verksamheten för en säkrare vård och därmed förebygga tillbud och negativa händelser. Rapportering av risker sker även fortlöpande under året i HändelseVis.

Ett förslag till rutin för återrapportering och lärande kring avvikelser i organisationen är under utarbetning.

3.5 Stockholms syncentral

Verksamheten har två patientsäkerhetssamordnare. Avvikelseapporteringen och kunskapen om patientsäkerhetsarbete i verksamheten har ökat under året genom olika typer av insatser. Det största antalet avvikelser under senare delen av 2013 är brister i rutiner inom annan verksamhet när det gäller hjälpmedel. Det påverkar Syncentralens direkta brukararbete på flera sätt, bland annat ger det oacceptabelt långa väntetider samt svårigheter att påbörja och genomföra rehabiliteringsinsatserna. Bristerna kvarstår när det gäller ofullständiga remisser trots flera olika åtgärder och informationsinsatser från Syncentralens sida. Dialog förs med chefläkare hos andra vårdgivare för att eliminera dessa avvikelser.

3.6 Hjälpmedel Stockholm

Verksamheten har två patientsäkerhetssamordnare som arbetat med de allvarligare interna/externa avvikelser som gäller medicintekniska hjälpmedel. Ärendena har innefattat produktavvikelser, dvs. när kvalitén bedömts undermålig, och ärenden av allvarligare slag som leder till en medicinteknisk avvikelse samt eventuell lex Maria anmälan. Gruppen har även arbetat med en djupare analys av bakomliggande orsaker till återkommande avvikelser. För produktavvikelser har arbetet framförallt gällt kontakt med leverantör för att informera om de brister i kvaliteten som upptäckts och krav på återkoppling av åtgärd. Detta arbete har skett kontinuerligt för att förbättra rutinen och arbetssättet. Under året har 14 ärenden bedömts som allvarliga och resulterat i medicintekniska avvikelser till Läkemedelsverket. Säkerhetsmeddelanden från leverantörer har handlagts i verksamheten. Vid medicintekniska avvikelser och säkerhetsmeddelanden har gruppen bistått leverantörerna med information till deras utredningar, handlings- och åtgärdsplaner. Verksamheten rapporterar i HändelseVis men har även utvecklat ett eget avvikelseformulär och en databas för de kunder som inte har tillgång till HändelseVis. Utveckling av det egna avvikelssystemet och databasen påbörjades under året och kommer att avslutas under 2014.

3.7 Centrum för arbets- och miljömedicin

Centrum för arbets- och miljömedicin arbetar för att minska arbets- och miljörelaterad ohälsa genom att identifiera och förebygga olika risker i arbets- och omgivningsmiljön. I arbetet ingår även individuella patientutredningar relaterade till miljön. Det finns en mottagning för arbets- och miljömedicinska sjukdomar i allmänhet och en mottagning för arbets- och miljörelaterade hudsjukdomar. För att definiera rutiner och säkra kvaliteten i patientarbetet finns arbetsrutiner dokumenterade i en webbaserad metodbok och verksamheten följer gällande hygienregler. Resultat rapporteras till nationella kvalitetsregister. Under 2013 har rutinerna för det arbets- och miljömedicinska delen av mottagningen reviderats genomgående.

4. Övergripande strategier och mål för 2014 och kommande år

SLSOs styrelse har fastställt en långsiktig strategi för patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerheten ska fortsätta utvecklas genom att vårdskador elimineras, en aktiv utveckling av patientsäkerhetskulturen och satsning på riskförebyggande arbete.

Patientsäkerhet är ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO och 2014 fortsätter förbättringsarbetet med inriktning mot landstingets övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Fortsatta satsningar kommer att göras på kompetensutveckling och arbete med ”ständiga förbättringar” i vardagen. SLSO har ett gemensamt elektroniskt journalsystem och ingår också inom ramen för detta journalsystem i sammanhållen journalföring med flertalet vårdgivare inom SLL. Detta underlättar samarbetet och samverkan inom SLSO och med vårdgrannar och möjliggör framtagande av medicinska data, vilket bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2014 fortsätter utvecklingen och förfiningen av ledningssystemet inom alla resultatenheter för att säkerställa bästa möjliga förutsättningar att bedriva systematiskt förbättringsarbete och uppnå god och säker vård.

Riskhantering med riskinventering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. Arbetet med att förbättra risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskanalyser fortsätter.

Patientens delaktighet i utredning, vård och behandling samt uppföljning är av stor betydelse för en patientsäker vård. Insatser för att förbättra patientens delaktighet kommer att vara i fokus även under 2014 och kommande år.

God tillgänglighet är av yttersta vikt för patientsäker vård och fortsatt ett prioriterat förbättringsområde. Inte minst måste system och metoder fortsätta att utvecklas för att patienter enkelt och säkert ska kunna få kontakt med vården via internet.

SLSO kommer att under 2014 genomföra en ny mätning av patientsäkerhetskulturen med den nationella patientsäkerhetskulturenkäten, vilken senast genomfördes 2011.

SLSOs ledningssystem certifierades 2013 och kommer under 2014 att vidareutvecklas och förfinas. Ett digitalt dokumenthanteringssystem planeras att införas.

Övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet 2014 är

Förbättrad avvikelse- och riskrapportering.

Mått: Antalet rapporterade risker, tillbud och negativa händelser avseende vård.

Mål: Minst 1 rapport/årsanställd i genomsnitt eller öka jämfört 2013

Förbättrad rapportering och handläggning av risker i vården.

Mått: Andelen rapporterade risker beträffande vård i HändelseVis av totala antalet rapporterade risker och avvikelser under de senaste 12 månaderna.

Mål: Minst 40 % av rapporterna ska avse risker.

Säker läkemedelsbehandling.

Mått: Antal patienter med läkemedelsgenomgång de senaste 12 månaderna.

Mål: Ska öka med 25 %.

Kvalitetssäkrad vårddokumentation.

Mått: Andel journalanteckningar signerade inom 14 dagar från journalanteckningens händelsedatum.

Mål: Ska vara minst 90 %.

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