

# Kvalitetsbokslut 2015



**Stockholms läns sjukvårdsområde**  
Hälsa- och sjukvård i landstingets regi

# Innehåll

|   |              |
|---|--------------|
| <b>1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård</b>       | <b>2–17</b>  |
| Levnadsvanor – primärvården   | 2            |
| Behandlingsresultat och vårdkvalitet på vårdcentralerna               | 5            |
| Höft- och knäartros – primärvårdsrehab                                | 6            |
| Stöd till nyblivna mödrar   | 7            |
| Behandlingsresultat och vårdkvalitet i psykiatri                      | 8            |
| ASIH och geriatrik förebygger och lindrar                             | 14           |
| Habilitering & Hälsa utreder och förebygger                           | 17           |
| <b>2. Säker hälso- och sjukvård</b>                                   | <b>18–25</b> |
| Engagerade medarbetare skapar säker vård                              | 18           |
| Säker läkemedelsanvändning på vårdcentralerna                         | 19           |
| Överbeläggningar inom psykiatrisk heldygnsvård                        | 23           |
| Patientsäkerhet inom geriatriken                                      | 22           |
| <b>3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård</b>                        | <b>26–35</b> |
| Informera samtal med patienter och närstående inom ASIH och geriatrik | 32           |
| Efterlevandesamtal inom ASIH ger stöd till anhöriga                   | 32           |
| ★ SLSO vinner första pris för innovationslösning                      | 33           |
| Kunskap och information anpassas efter patienternas behov             | 34           |
| <b>4. Effektiv hälso- och sjukvård</b>                                | <b>36–45</b> |
| Diagnostik och behandling inom primärvården                           | 36           |
| Primärvårdsrehab förebygger och behandlar                             | 39           |
| Planering och utvärdering inom psykiatri                              | 40           |
| Planering och utvärdering inom Habilitering & Hälsa                   | 44           |
| Viktigt med planering och utvärdering inom geriatrik                  | 45           |
| <b>5. Jämlik hälso- och sjukvård</b>                                  | <b>46–51</b> |
| Genusperspektiv på primärvårdens arbete                               | 46           |
| Jämlikhetsperspektiv inom psykiatri                                   | 48           |
| Kompetens grunden för god vård hos BUP                                | 50           |
| Prioritering efter behov hos BUP                                      | 51           |
| <b>6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid</b>                            | <b>52–57</b> |
| Telefontillgängligheten fortfarande god                               | 52           |
| Vårdgarantin prioriterad i alla vårdgrenar                            | 53           |
| Fler erbjuds snabb rehabilitering                                     | 55           |
| Kort väntetid – ett mål för psykiatri                                 | 56           |
| ★ Hederspris till Beroendecentrum Stockholm                           | 56           |
| <b>7. Bilagor</b>   | <b>58–70</b> |
| Nyckeltal   | 59           |
| Tillgänglighet  | 64           |
| <b>Vanliga förkortningar</b>  | <b>69</b>    |

## En vanlig dag besöker...

**7 900 personer** våra läkare och distriktssköterskor på vårdcentralerna

**2 800 personer** våra vuxenpsykiatriska mottagningar

**2 400 personer** våra primärvårdsrehabiliteringar

**2 300 personer** våra barnmorske- och BVC-mottagningar

**1 350 personer** våra mottagningar inom beroendevården

**680 personer** våra barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar

**600 personer** våra mottagningar inom Habilitering & Hälsa

**450 personer** våra kuratorer eller psykologer i primärvården

## En vanlig dag...

har vi läkaransvar för **3 700 personer** i särskilda boenden

gör vi dessutom **3 500 sjukvårdsbesök** hemma hos patienter

vårdar vi **814 personer** i olika former av vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

vårdar vi **600 personer** inom den avancerade sjukvården i hemmet

vårdar vi **270 personer** i geriatrisk slutenvård



# Delaktighet skapar värde

Vi presenterar för elfte året i rad kvalitetsbokslutet för Stockholms läns sjukvårdsområde, en av Sveriges största vårdorganisationer. Att vi alla har till uppgift att skapa värde för våra patienter i våra hälso- och sjukvårdsverksamheter är en ledstjärna för oss alla. En mycket viktig del i detta är att ständigt göra våra patienter, närstående och befolkningen mer delaktiga i vården.

I 2015 års patientenkäter inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård kan vi se att de flesta av de 7 000 patienter som tillfrågats anser att de blivit bemötta med hänsyn och respekt. De skulle även rekommendera den avdelning som de har varit på, medan mer än hälften skulle vilja vara mer delaktiga i planeringen av sin vård. Att göra våra patienter och närstående delaktiga i vården vet vi skapar stora värden och det är ett av våra ständiga fokusområden.

Ett verktyg för att skapa delaktighet är att öppet kunna jämföra medicinska resultat och andra mått

som är värdefulla för oss som patienter eller närstående. Inom samtliga vårdverksamheter arbetar vi med att skapa vårdprocesser som vilar på känd kunskap för att nå bästa möjliga resultat. I detta arbete är ett aktivt deltagande av våra patienter och brukare en viktig framgångsfaktor.

Inom psykiatrins heldygnsvård kan en del patienter nu själva lägga in sig när kända symptom återkommer. Vår primärvård erbjuder livsstilsråd för ett delaktigt hälsofrämjande och inom vår geriatriska vård följer vi upp varje patients förslag till hur vi kan förbättra vår vård.

I Stockholms läns hälso- och sjukvård pågår ett omfattande arbete med Framtidsplanen för att skapa ännu bättre förutsättningar för en delaktig vård. Vi i Stockholms läns sjukvårdsområde försöker ständigt utveckla vår lyhörddhet för att bli bättre och en del av detta redovisar vi i vårt återkommande kvalitetsbokslut.

Mikael Ohrling, Sjukvårdsdirektör  
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

## 1

# Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

*Vården vi erbjuder ska bygga på erfarenhet och kunskap om vad som är god vård. Varje patient ska få sakkunnig och omsorgsfull vård utifrån sina individuella behov.*

En kunskapsbaserad vård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Genom regelbundna mätningar och uppföljningar av vårdens kvalitet får vi underlag för fortsatta förbättringar.

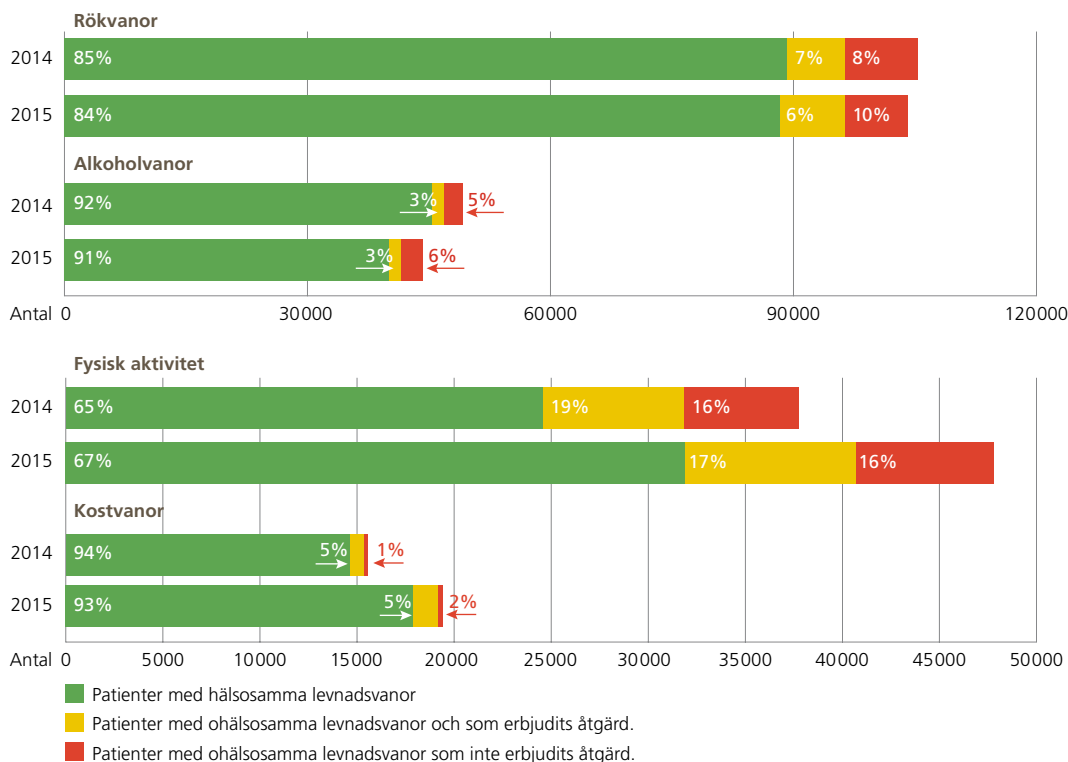
**Levnadsvanor – primärvården**  
**Ohälsosamma levnadsvanor fångas upp**  
 Levnadsvanor (rökvanor, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och kostvanor) har stor betydelse för vår hälsa. Ohälsosamma levnadsvanor

medför en ökad risk för att utveckla sjukdom.

Patienterna har möjlighet att via en webbenkät besvara frågor om sina levnadsvanor. Enkäten bygger på Socialstyrelsens riktlinjer och ger patienten möjlighet till ökad delaktighet. De patienter som identifieras med ohälsosamma levnadsvanor ska erbjudas åtgärder enligt riktlinjerna.

I figur 1:1 redovisas vad som dokumenterats strukturerat i journalen.

Figur 1:1 | Patienter tillfrågade om levnadsvanor på vårdcentralerna.





### Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Den stillasittande livsstilen utgör idag ett stort folkhälsoproblem medan fysisk aktivitet ger en positiv påverkan på både kropp och själ. Recept på fysisk aktivitet (FaR) kan fungera som en medicin som både förebygger och behandlar sjukdomar. I vissa fall kan FaR komplettera eller till och med ersätta läkemedel. Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster eller annan legitimerad vårdpersonal skriver ut recept på fysisk aktivitet.

## 3326

Antal förskrivna FaR på vårdcentraler.  
(2014: 3342)

## 3246

Antal förskrivna FaR på primärvårds-  
rehabilitering. (2014: 3522)

### Ungdomsmottagningar – fokus på rökning

Vid besök på ungdomsmottagningen ställs frågor om rökning och andra levnadsvanor. Syftet är att informera om risker samt uppmärksamma och upptäcka ungdomar med riskbruk.

## 42%

Andel ungdomar som tillfrågats om rökvanor och där det dokumenterats strukturerat i journalen. (2014: 19%)





## Behandlingsresultat och vårdkvalitet på vårdcentralerna

### Välbehandlad diabetes kan motverka följsjukdomar

Patienter med välbehandlad diabetes har goda förutsättningar att leva ett normalt liv och undvika följsjukdomar. Känselbortfall, cirkulationsproblem, sår och infektioner i fötterna är några komplikationer som patienter med diabetes kan få och som måste behandlas för att undvika ökad sjuklighet. Vid uppföljning är det därför viktigt att också undersöka fötterna.

# 83 %

Andel patienter med diabetes typ 2 där *fofstatus* finns dokumenterad i journalen. (2014: 83 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 2.*

God blodsockerkontroll är viktig för att minska risken för komplikationer hos patienter med diabetes. HbA<sub>1c</sub> mäter medelblodsocker över lång tid. Mål för behandlingen måste alltid individualiseras. Vid HbA<sub>1c</sub>-nivåer över 70 mmol/mol ökar riskerna för komplikationer avsevärt.

# 88 %

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 som har HbA<sub>1c</sub> högst 70 mmol/mol. (2014: 87 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 2.*

Ett välreglerat blodtryck är viktigt för att minska risken för komplikationer som stroke och hjärtinfarkt hos patienter med diabetes. För de flesta gäller att blodtrycksnivåer på 140/85 mmHg inte bör överskridas. Därför bör man sträva efter en hög andel patienter med ett systoliskt blodtryck under 150 mmHg.

# 89 %

Andel patienter (högst 80 år) med diabetes mellitus typ 2 som har *systoliskt blodtryck* högst 150 mmHg. (2014: 89 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 2.*

Gruppbaserad utbildning för patienter med diabetes mellitus typ 2, given av personer med pedagogisk kompetens, har effekt på HbA<sub>1c</sub> och är billigt jämfört med individuell utbildning.

# 58 %

Andel enheter som kan erbjuda patienter med diabetes mellitus typ 2 *behandling i grupp*. (2014: 49 %)



## Höft- och knäartros – primärvårdsrehabilitering

Risken för artros i både knä och höft är relaterad till graden av övervikt. Body Mass Index (BMI) på 24–25 ökar risken för artros med tre gånger jämfört med BMI på 20–21. Vid BMI på 30 är riskökningen åttafaldig för artros som leder till knäoperation med ledprotes. Grundbehandlingen vid alla ledbesvär är bland annat träning, utbildning, egenbehandling samt information om artros och eventuellt viktnedgång. (*"Nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar 2012", Socialstyrelsen.*)

**52 %**

Andelen patienter med höft- eller knäartros som fått information/utbildning om artros. (2014: 38 %)

**27 %**

Andel patienter med höft- eller knäartros, där BMI finns dokumenterat i journalen. (2014: 20 %)



## Stöd till nyblivna mödrar

### Depressionsscreening av nyblivna mammor på barnvårdscentralen (BVC)

Mer än var tionde nybliven mamma visar tecken på depression under de första månaderna efter förlossningen. Det är viktigt att uppmärksamma dessa kvinnor och erbjuda stöd för att förhindra att problemen fördjupas eller blir långvariga. I cirka hälften av fallen är depressionen övergående och beror på omställningen att bli förälder. Kvinnorna erbjuds att fylla i ett självskattningsformulär (enligt EPDS) 6–8 veckor efter förlossningen för att ta reda på moderns psykiska hälsa vid tillfället. Utifrån utfallet av självskattningen erbjuds individuellt stöd på BVC eller inom övrig primärvårdsverksamhet.

# 67%

Andelen mödrar som screenats med EPDS. (2014: 56 %)

*Nytt beräkningssätt 2015.*

#### Vad är EPDS?

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är ett självskattningsformulär utformat för att upptäcka mammor med tecken på depression efter förlossningen. Mammor som visar tecken på depression ska erbjudas stödsamtal av personalen på BVC och eventuell bedömning och behandling av läkare och psykolog.



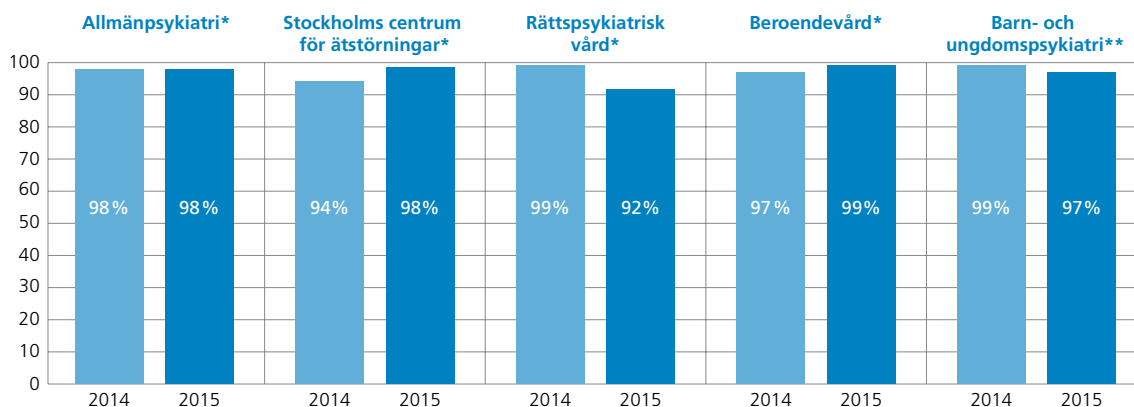
## Behandlingsresultat och vårdkvalitet i psykiatrin

### Rätt diagnos är grunden för god vård

Kunskapsbaserad vård och behandling förutsätter en korrekt diagnos. För att resultatet av olika behandlingar ska kunna utvärderas är det också

viktigt att diagnosen registreras. Vi följer därför upp antingen andel patienter eller andel besök som har en registrerad diagnos, se figur 1:2.

Figur 1:2 | Diagnosregistreringsgrad.



För redovisning per enhet se bilaga 1.

\*Andel läkarbesök med registrerad diagnos.

\*\*Andel patienter som gjort fler än 3 besök och har registrerad diagnos.

### Basutredning ger grund för vårdplanering

Basutredning inom vuxenpsykiatrin är en standardiserad basal utredning som ska utgöra underlag för diagnostik och vårdplanering. I utredningen ingår självskattningar (screening för depression, vuxen-ADHD och alkoholberoende samt skattning av allmän hälsostatus), bedömskattning av sjukdomens svårighetsgrad, standardiserad diagnostisk intervju samt frågor om patientens sjukhistoria. Syftet med standardiseringen är att säkerställa att utredningen

håller hög kvalitet och möjliggöra systematisk och jämförbar uppföljning av behandlingsresultat. Basutredning infördes vid de vuxenpsykiatriska klinikerna under 2013.

# 38%

Andel patienter\* för vilka basutredningen genomförts. (2014: 36%)

\*Avser patienter som enligt riktlinje borde genomgått basutredning.



### Kontinuitet i vården eftersträvas inom psykiatri

God kontinuitet är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression eller ångestsyndrom. (källa: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen.)

# 75%

Andel av de patienter inom vuxenpsykiatri som behandlas för depression eller ångest som har haft kontakt med samma person vid de tre senaste läkarkontakterna.\* (2014: 70%)

\*Besök eller telefonsamtal.

Nytt mått 2015:

### BUP lägger vikt vid kontinuitet

Inom BUP kontrolleras kontinuiteten i vården genom att undersöka vid hur stor andel av de genomförda återbesöken patienten eller familjen träffat minst en behandlare som också deltagit vid tidigare besök.

# 91%

Andel återbesök där patienten/familjen träffat behandlare som även deltagit vid tidigare besök.



**ECT-registret****83 %**Täckningsgrad, vuxenpsykiatri.  
(2014: 81 %)**Nationella kvalitetsregister**

De nationella kvalitetsregistren gör det möjligt att följa upp vilken nytta värden skapar för patienterna. I kvalitetsregistren registreras bland annat uppgifter om symtom, undersökningsresultat, insatta åtgärder och behandlingsresultat. Uppgifterna möjliggör sammanställningar, analyser och datajämförelser både på verksamhetsnivå och på nationell nivå.

**Täckningsgrad**

För att få ett bra underlag för uppföljning, är det angeläget att registrera så många patienter som möjligt i relevanta kvalitetsregister. Täckningsgraden anger hur stor andel av patienterna i respektive målgrupp eller diagnosgrupp som har registrerats i respektive register.

**FAKTA MADRS-S:**

MADRS-S består av nio självskattningsfrågor med noll till sex poäng per fråga. Ju högre sammanlagd poäng desto mer deprimerad är patienten. MADRS-S poäng över 20 anses indikera måttliga till medelsvåra depressiva symtom medan 11 poäng anses ligga på gränsen mellan inga eller mycket lätta depressiva symtom.

**Depression kan behandlas med olika metoder**

Elbehandling, eller ECT (elektrokonvulsiv behandling), är en effektiv och väl beprövad behandlingsmetod vid djup depression och vissa andra psykiska sjukdomar.

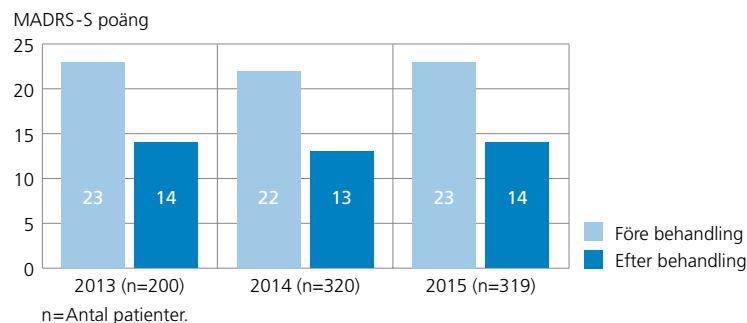
**67 %**

Andel patienter vars elbehandlingsserie givit kraftigt minskade eller upphörda depressiva symtom (n=609). (2014: 65 %)

**Depressionsbehandling via internet ger resultat**

Psykiatri Sydväst erbjuder kognitiv beteendeterapi (KBT) förmedlad via internet. För att utvärdera behandlingens effekter skattar patienterna sin depressionsgrad före och efter behandling med hjälp av ett frågeformulär, MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale).

Figur 1:3 | Medelvärde för självskattad depressionsgrad före och efter KBT förmedlad via internet (MADRS-S).



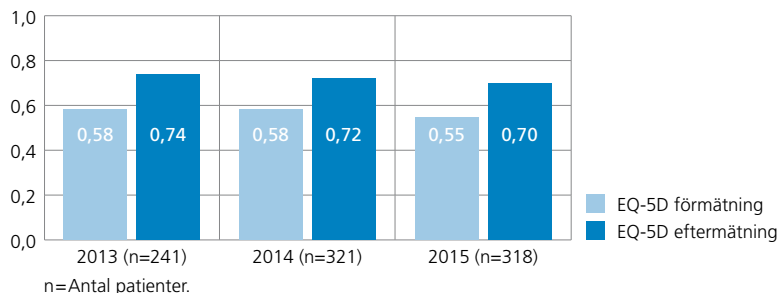
Nedan visas andelen patienter som blivit återställda efter behandling med internetförmedlad KBT, det vill säga MADRS-S <11 poäng.

**39 %**

Andel personer helt fria från depression efter behandling med internetförmedlad KBT. (2014: 42 %)

Resultatet efter behandling via internet av depression utvärderas även med hjälp av EQ-5D. Det är en väl etablerad metod för att mäta patientupplevd hälsorelaterad livskvalitet. Genom att mätningen görs före och efter behandlingen kan resultatet användas för att utvärdera behandlingseffekten.

Figur 1:4 | EQ-5D – index före och efter behandling.





**FAKTA EQ-5D****Hälsorelaterad livskvalitet**

Instrumentet består av två frågedelar som tar några minuter att fylla i.

**Del 1**

Ett beskrivande formulär där individen skattar sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet) och anger för varje dimension antingen

- Inga problem
- Måttliga problem
- Svåra problem

Individens svar på dessa frågor bildar en hälsoprofil, EQ-5D – index. (Ju högre värde, desto bättre hälsa.)

**Del 2**

En termometerliknande skala (Visual Analog Scale) där individen värderar sin hälsa från 0 (sämst) till 100 (bäst). Detta redovisas som EQ – VAS.

**Nytt mått 2015:****Hälsorelaterad livskvalitet i sjuksvård mäts genom EQ-5D**

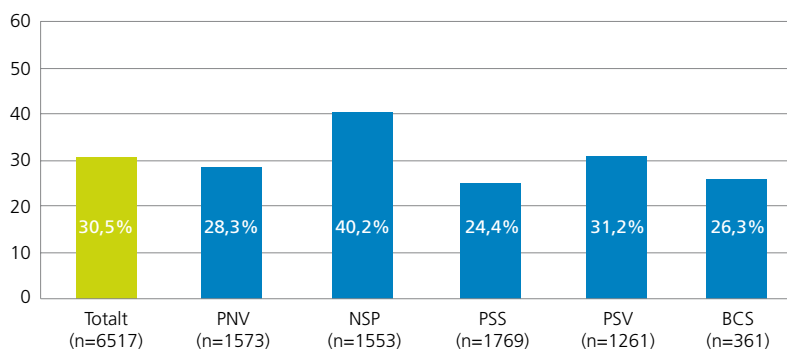
Vid heldygnsvård inom vuxenpsykiatri får patienten besvara en enkät, EQ-5D, vars syfte är att mäta hälsorelaterad livskvalitet.

Patienten skattar sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet). Svaren på dessa frågor bildar en hälsoprofil, EQ-5D – index.

I en andra del av enkäten svarar patienten genom att ange sin hälsa i en termometerliknande skala (Visual Analog Scale). Detta redovisas som EQ – VAS. *Se även faktatext ovan till höger.*

Figur 1:5 | Täckningsgrad EQ-5D (VAS) OCH EQ-5D (index)

Andel av avslutade vårdtillfällen med skattning vid både in- och utskrivning



PNV: Psykiatri Nordväst  
 NSP: Norra Stockholms psykiatri  
 PSS: Psykiatri Södra Stockholm  
 PSV: Psykiatri Sydväst  
 BCS: Beroendecentrum Stockholm

**Nytt mått 2015:**

# 67%

Andel av ovan vårdtillfällen med ökning av EQ-5D VAS med minst 10 enheter (n=1990)

## Bipolärregistret

**18%**

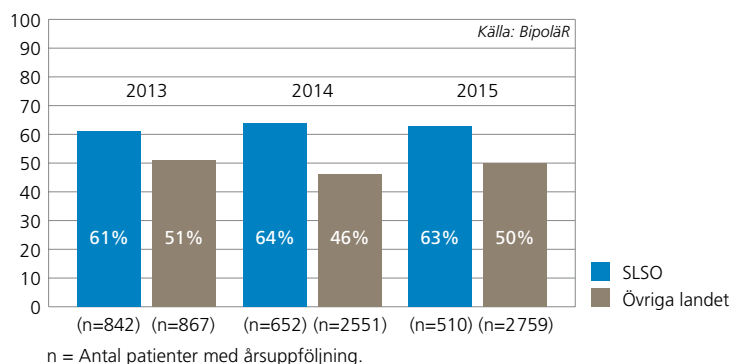
Täckningsgrad. (2014: 23 %)

**Behandling av bipolär sjukdom**

I kvalitetsregistret Bipolär registreras uppgifter om behandlingen vid bipolär affektiv sjukdom (manodepressiv sjukdom). Målet med behandlingen är att patienten genom förebyggande insatser ska slippa sjukdomsepisoder. Data från kvalitetsregistret visar hur stor andel av patienterna som inte har haft några sjukdomsepisoder de senaste 12 månaderna.

I figur 1:6 visas behandlingsresultat för patienter med bipolär sjukdom typ 1 inom SLSO jämfört med övriga landet.

Figur 1:6 | Behandlingsresultat vid bipolär sjukdom typ 1, nationell jämförelse.  
Andel patienter som varit utan sjukdomsepisod det senaste året.

**Uppföljning av patienter med psykossjukdom**

Patienter med psykossjukdom som skrivs ut från heldygnsvård, och som bedöms vara i behov av uppföljning i öppenvård, bör ha deltagit i ett första planerat möte inom en månad efter utskrivning. Enligt de nationella riktlinjerna är det viktigt att säkerställa kontinuiteten i vården för denna patientgrupp.

**73%**

Andel patienter med psykossjukdom som haft kontakt med psykiatrisk öppenvård minst en gång under månaden efter utskrivning från heldygnsvård. (2014: 73 %)

**BMI mäts vid läkemedelsbehandling av patienter med psykos**

Vid behandling med läkemedel mot psykossjukdom finns en ökad risk för viktuppgång och därmed sammanhängande hälsorisker. Patienter med schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar som behandlas med antipsykotiska läkemedel ska därför följas upp med mätning av BMI (Body Mass Index).

**46%**

Andel patienter med schizofreni eller schizofreniliknande sjukdomar som behandlas med antipsykotiska läkemedel där BMI finns registrerat i journalen. (2014: 41 %)



### Förekomst av delirium tremens vid alkoholavgiftning

Delirium tremens är en allvarlig komplikation till svår alkoholabstinens. Genom snabb behandling med rätt läkemedel kan risken att utveckla delirium tremens minska avsevärt.

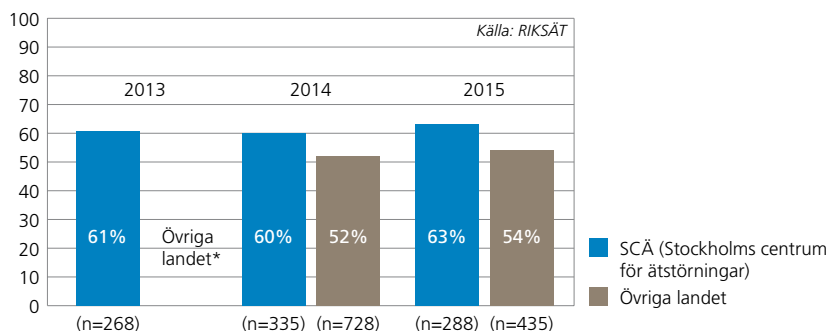
# 1%

Andel patienter med alkoholförgiftning som fått diagnosen delirium tremens i samband med heldygnsvård på Beroendecentrum Stockholm. (2014: 1%)

### Obehandlad ätstörning innebär lidande och risker

Ätstörningar som inte behandlas framgångsrikt kan medföra långvarigt lidande och stora risker för patienten. Att följa upp effekten av vidtagna åtgärder är därför angeläget. I kvalitetsregistret RIKSÄT kan man följa hur stor andel av patienterna som ett år efter behandlingsstart inte längre uppfyller kriterierna för ätstörningsdiagnos. I figur 1:7 visas behandlingsresultat från Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ) jämfört med övriga landet.

Figur 1:7 | Behandlingsresultat vid ätstörning, nationell jämförelse.  
Andel patienter som inte längre hade ätstörningar vid uppföljning efter 1 år.



n = Antal ettårsuppföljda patienter.

\*På grund av förändringar i registret finns inga uppgifter tillgängliga 2013.

RIKSÄT

# 86%

Täckningsgrad. (2014: 87%)





## ASIH och geriatrik förebygger och lindrar

### Behandling av smärta

Visual Analog Scale (VAS) är ett väl beprövat instrument som används bland annat för skattning av smärta inom ASIH. Patienten får hjälp att med VAS definiera hur intensivt han eller hon upplever smärtan. Effekten av insatt behandling kan utvärderas genom att patienten gör en ny skattning.

# 92 %

Andel vårdperioder där smärta skattats med VAS vid inskrivning i ASIH. (2014: 83 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 3.*

### Riskbedömning för trycksår

Uppkomst av trycksår är framför allt en risk för patienter som är långvarigt sängliggande. För att förebygga trycksår gör geriatriken riskbedömning av sina patienter enligt Modifierad Nortonskala (MNS).

# 99 %

Andel vårdtillfällen där riskbedömning utförts för trycksår enligt MNS inom geriatriken. (2014: 99 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 3.*

### Undernäring hos äldre

En viktig uppgift i vården av äldre är att upptäcka och åtgärda undernäring för att förbättra hälsotillståndet och öka möjligheten till tillfrisknande. Nutritionsbedömning ska ske i samband med inläggning för geriatrisk vård. Riskfaktorer ska identifieras och relevanta åtgärder ska vidtas och följas upp.

# 98 %

Andel vårdtillfällen inom geriatriken där patient bedömts enligt regionalt vårdprogram för undernäring. (2014: 98 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Vårdprogrammet betonar vikten av att information om patientens närings-tillstånd och särskilda behov överförs till den vårdgivare som övertar vårdansvaret när patienten lämnar geriatriken.

# 94 %

Andel vårdtillfällen då skriftlig rekommendation om nutritions-behandling för patienter i riskzonen överlämnats till övertagande vårdgivare/kommun. (2014: 96 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 3.*

Svenska Demensregistret,  
SweDem

# 99 %

Täckningsgrad, geriatrik.  
(2014: 99 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 3.*





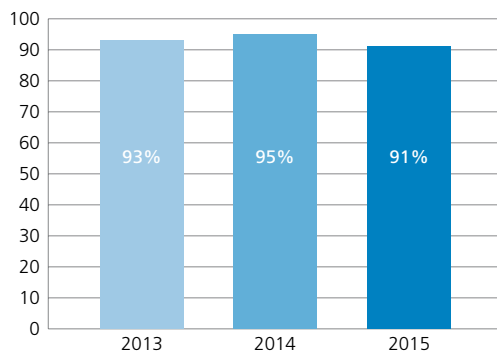


## Habilitering & Hälsa utreder och förebygger

### Funktionsnedsettningsbeskrivning är grunden för rätt insats

Inom Habilitering & Hälsa görs en funktionsnedsettningsbeskrivning, som är en bedömning av patientens funktioner och förmågor – exempelvis kommunikation, psykiska funktioner och motorik. Den, tillsammans med den kliniska bedömningen och anamnes, utgör ett underlag för prioritering av åtgärder och görs i samband med att vårdplanen upprättas.

Figur 1:8 | Andel patienter med registrerad funktionsnedsettningsbeskrivning.  
Habilitering & Hälsa.



### Förebygga höftledsluxationer på barn med cerebral pares

Barn med cerebral pares (CP) registreras i kvalitetsregistret CPUP som är ett uppföljningsprogram och kvalitetsregister. Enligt uppföljningsprogrammet ska bland annat ledrörlighet och spasticitet kontrolleras regelbundet. Under de 20 år som CPUP har funnits kan vi nu vetenskapligt bevisa att det med systematisk uppföljning går att förhindra höftledsluxation och minska antalet barn som utvecklar en svår kontraktur.

Barn med CP som har höftledsluxation är i hela riket 13 barn, 0,4 procent av barn med CP-diagnos. Gör vi inget drabbas 15 procent av barn med CP av höftledsluxation och så många som 40 procent i den grupp barn som har en grav CP-skada.

CPUP, kvalitetsregister för barn med cerebral pares

**95%**

Täckningsgrad barn födda år 2002 och senare. (2014: 95%)

## Säker hälso- och sjukvård

*En säker vård förutsätter att vi systematiskt arbetar med att uppmärksamma och åtgärda tänkbara risker. Gör vi det kan vi öka säkerheten för patienterna.*

Ett av SLSO:s strategiska mål är ”Säker och tillgänglig vård med goda resultat”. Grunden för patientsäker vård är ett kunskapsbaserat arbetsätt som utgår från vårdprogram och riktlinjer. SLSO har ett ledningssystem som är gemensamt för alla verksamheter och som bidrar med struktur och stöd i arbetet med patientsäkerhet. Varje verksamhet ska ha lokalt anpassade rutiner baserade på ledningssystemet.

### Engagerade medarbetare skapar säker vård

Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som

engagerar alla medarbetare. Säkerhetsmedvetandet har stor betydelse för hur de risker som patienter utsätts för förebyggs, följs upp och leder till förbättringar. Patientsäkerhetskulturen i en organisation formas av de normer och värderingar som finns i organisationen. För åttonde året i rad genomför vi en enkätundersökning bland alla medarbetare. För SLSO som helhet varierar inte resultatet märkbart mellan åren. Däremot skiljer sig patientsäkerhetskulturen från enhet till enhet, se figur 2:1.

Figur 2:1 | Resultat från mätningar av patientsäkerhetskulturen i SLSO 2015, enheter med högsta respektive lägsta resultat samt medianvärde. (Andel svarande i procent.)





## Säker läkemedelsanvändning på vårdcentralerna

### Äldre och läkemedel

Med åldern försämras njurfunktionen vilket påverkar känsligheten för många läkemedel. Ordination av läkemedel ska därför anpassas till njurfunktionen för att undvika biverkningar.

# 82 %

Andel patienter, 75 år och äldre, där njurfunktionsvärden finns dokumenterade i journalen vid ordinationen av läkemedel. (2014: 88 %)\*

\* Ny metod för att hämta utdata 2015.

### Läkemedelsgenomgång görs årligen i hemsjukvården

Ett sätt att minska riskerna vid medicinering för patienter i hemsjukvården är att göra regelbundna dokumenterade läkemedelsgenomgångar. Genomgångarna ska göras årligen.

# 55 %

Andel hemsjukvårdspatienter där fördjupad läkemedelsgenomgång finns dokumenterad under året. (2014: 53 %)



### Vad är kinoloner?

Antibiotika med stor risk att orsaka resistensutveckling och som endast bör användas vid svårare infektioner.

## Antibiotikaförskrivning – en risk att tänka på

Antibiotika är mycket viktiga preparat vid behandling av allvarliga sjukdomar som orsakas av bakterier. För att behandling med antibiotika inte ska leda till att bakterierna blir resistenta och göra preparaten verkningslösa måste användningen begränsas. När det ändå är nödvändigt att använda antibiotika är det viktigt att välja ett preparat som inte har bredare verkan än vad som behövs. Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama) har rekommenderat hur antibiotika ska förskrivas för att minimera utvecklingen av resistens.

## Rekommendationer vid behandling av urinvägsinfektion hos kvinnor

Vid nedre urinvägsinfektion hos kvinnor 18–79 år rekommenderar Strama att läkemedelsgruppen kinoloner ska utgöra högst 10 procent av den totala antibiotikaförskrivningen. "Icke-kinoloner" ska alltså utgöra minst 90 procent.

Figur 2:2 | Andel kvinnor som behandlats med antibiotika, "icke-kinoloner", för urinvägsinfektion\*.

|                          | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------|------|------|------|
| SLSO vårdcentraler       | 93%  | 93%  | 93%  |
| SLL övriga vårdcentraler | 93%  | 94%  | 93%  |
| Landet, inklusive SLL    | 87%  | 87%  | 87%  |

Källa: eHälsomyndigheten.

\*Avser uthämtade "urinvägsantibiotika" utan koppling till diagnos.

### Vad är penicillin V?

Vanligt penicillin, rekommenderat som förstahandsval av antibiotika vid övre luftvägsinfektion.

## Antibiotika oftast onödigt vid luftvägsinfektion hos barn

De flesta barn med övre luftvägsinfektion blir friska utan antibiotikabehandling. Det är ett av skälen till varför Strama vill att användningen av antibiotika för denna sjukdomsgrupp ska minska. I de fall behandlingen med antibiotika är motiverad rekommenderas penicillin V som förstahandsval.

Stramas mål är att 80 procent av antibiotika mot luftvägsinfektioner till barn 0–6 år ska vara penicillin V.

Figur 2:3 | Andel barn 0–6 år som behandlats med "luftvägsantibiotika"\* och som fick penicillin V.

|                          | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------|------|------|------|
| SLSO vårdcentraler       | 76%  | 76%  | 77%  |
| SLL övriga vårdcentraler | 75%  | 74%  | 75%  |
| Landet, inklusive SLL    | 71%  | 69%  | 69%  |

Källa: eHälsomyndigheten.

För redovisning per enhet se bilaga 2.

\*Avser uthämtade "luftvägsantibiotika" utan koppling till diagnos.







## Överbeläggningar inom psykiatrisk heldygnsvård

Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter har blivit allt vanligare inom vården, vilket kan medföra allvarliga patientsäkerhetsrisker. Som en del av statens och Sveriges kommuner och landstings patientsäkerhetssatsning ska sedan 30 september 2012 aktuell överbeläggning rapporteras dagligen på ett enhetligt sätt för alla sjukhus i hela landet. Det mått som används är genomsnittligt antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Siffran nedan visar att det förekommer en viss överbeläggning.

### 2,2 överbeläggningar per 100 vårdplatser

Genomsnittligt antal överbeläggningar inom vuxenpsykiatri 2015. (2014: 1,3)

Nytt mått 2015:

### 0,0 överbeläggningar per 100 vårdplatser

Genomsnittligt antal överbeläggningar inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) 2015. Det finns ingen överbeläggning.

## Bedömning av suicidrisk viktig inom psykiatri

En viktig uppgift inom psykiatri är att förebygga självmord hos de patienter som är under behandling. I ett gemensamt arbete inom länets psykiatri 2011 skapades en gemensam standard för hur bedömning av aktuell suicidrisk ska dokumenteras i journalen.

### 90% Beroendevård

Andel patienter för vilka aktuell suicidriskbedömning dokumenterats vid minst ett tillfälle under året. (2014: 86%)

### 81% Övrig vuxenpsykiatri

Andel patienter för vilka aktuell suicidriskbedömning dokumenterats vid minst ett tillfälle under året. (2014: 78%)

#### Vad är överbeläggning?

En disponibel vårdplats uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

**Miljöpåverkan av läkemedel**

Under året har SLSO minskat förskrivningen av miljöbelastande läkemedel.

## Patientsäkerhet inom geriatriken

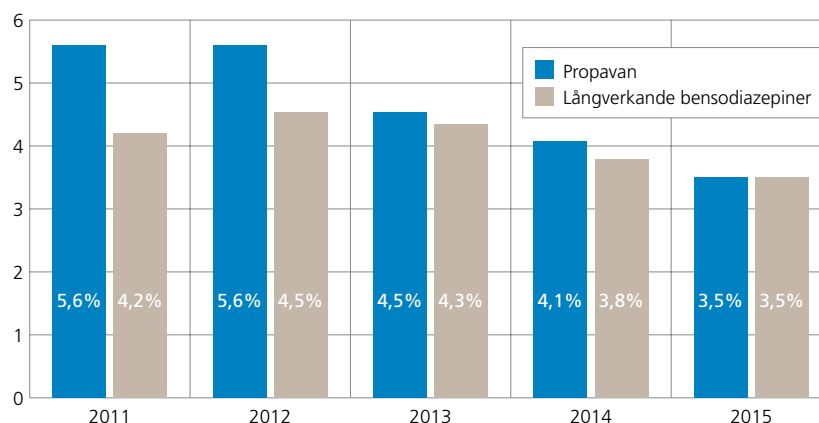
### Andel utskrivna patienter från geriatriken med olämpliga läkemedel

Vissa läkemedel är olämpliga för äldre patienter. Långverkande bensodiazepiner ökar fallrisken, ger dagtrötthet och sätter ner tankeförmågan. Propavan ger även parkinsonliknande biverkningar.

De senaste åren har fokus i vården legat på att minska olämpliga läkemedel till äldre. Bland annat har obligatoriska läkemedelsgenomgångar genomförts i både öppen- och slutenvård i enlighet med Socialstyrelsens krav. Detta arbete har nu gett resultat.

Figur 2:4 visar på hur stor andel av patienter som skrivits ut från geriatrisk klinik och som fått förskrivet långverkande bensodiazepiner och/eller Propavan.

Figur 2:4 | Andel utskrivna patienter från geriatriken med olämpliga läkemedel.



### Förebygga fallskador

Fallskador är den vanligaste typen av vårdskada inom geriatriken. De geriatriska enheterna arbetar aktivt med att förebygga fall och fallskador. Enligt SLL:s regionala vårdprogram för fallprevention ska fallriskbedömning göras med "Downton Fall Risk Index" inom ett dygn efter inskrivning. Om risk föreligger ska lämpliga åtgärder vidtas. Det kan vara ökad tillsyn, genomgång av patientens läkemedel, tillhandahållande av gånghjälpmedel och undervisning i vad patienten själv kan göra för att förebygga fall.

# 98 %

Andel vårdtillfällen då man utfört riskbedömning för fall enligt regionalt vårdprogram. (2014: 97 %)

För redovisning per enhet se bilaga 3.





## Hygienrutiner och klädregler följs upp

Den viktigaste åtgärden i patientsäkerhetsarbete för att förhindra smittspridning i vården är att konsekvent tillämpa basala hygienrutiner.

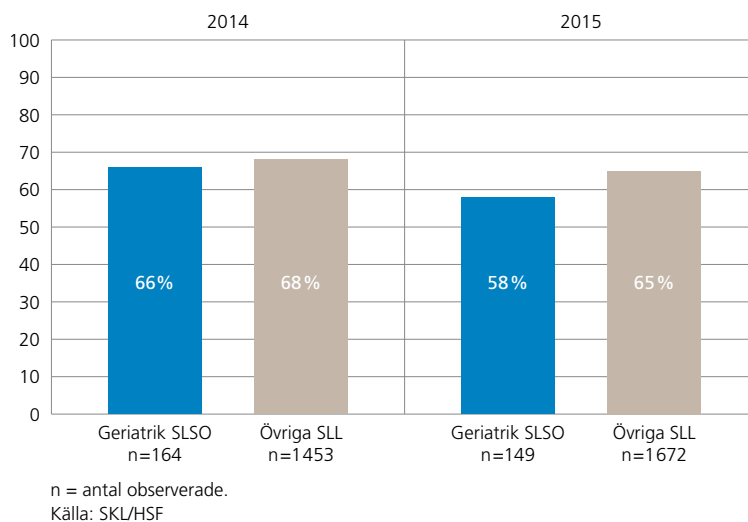
Alla personalkategorier inom SLSO ska följa Socialstyrelsens föreskrifter ”Basal hygien i vård och omsorg” och SLSO:s riktlinjer. Basala hygienrutiner innebär att inte bära klocka, ringar och andra smycken, att tvätta händerna, använda handsprit och att möta patienten korrekt klädd.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) genomför en nationell observationsstudie av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Sedan 2014 genomför Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) en likvärdig regional mätning under höstterminen.

I figur 2:5 presenteras (regionala höstmätningen) en jämförelse mellan följsamheten till Basala hygien och klädregler inom SLSO:s geriatriska slutenvård och övrig slutenvård i Stockholms läns landsting.

Följsamhet till BHK innebär att medarbetaren till fullo följt basala hygienrutiner och haft korrekt klädsel.

Figur 2:5 | Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), observationsstudie.



## Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner är ett stort patientsäkerhetsproblem som orsakar stort lidande och medför omfattande kostnader för samhället.

VRI utgör cirka 30 procent av samtliga vårdskador i den somatiska sjukvården. De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är lunginflammationer, hud- och sårinfektioner samt urinvägsinfektioner.

SLL har tagit fram en strategi för att minska vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården. Sedan 2008 genomförs mätningar av förekomsten av VRI i slutenvården två gånger om året. SLSO:s geriatriska kliniker deltar i de mätningarna.

# 10%

Andel patienter som vårdades inom geriatrisk heldygnsvård i SLSO och som hade någon form av vårdrelaterad infektion. (2014: 12 %)

(källa: SKL, höstmätning)



## Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

### Korrekt rutiner innebär:

- Desinfektion av händerna med sprit direkt före och efter patientnära arbete samt användning av handskar.
- Användning av handskar vid kontakt och vid risk för kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.
- Användning av engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock vid omvårdnad/undersökning/behandling som innebär direktkontakt med patienten eller dennes säng, vid hantering av smutsiga föremål samt vid risk för stänk av kroppsvätskor.

### Korrekt klädsel innebär att:

- Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade.
- Händer och underarmar ska vara utan ringar, klockor och armband.
- Hår ska vara kort eller uppsatt.

# 3

## Patientfokuserad hälso- och sjukvård

*Vi ska alltid ha patientens bästa för våra ögon. Respekt och lyhördhet för individens specifika behov har högsta prioritet.*



Delaktiga och välinformerade patienter bidrar till att göra vården mer patientfokuserad och ökar möjligheten att de kan delta i beslut om sin vård. Kontinuitet i behandlingskontakten och en god dialog i alla möten med patienter och närstående ökar förutsättningarna för att vården ska kunna tillgodose enskilda individers specifika behov.

Patienternas synpunkter är viktiga att ha som underlag till det kontinuerliga förbättringsarbetet av den vård vi erbjuder. För att mäta patientupplevd kvalitet görs enkätundersökningar med olika intervall.

### Hembesök hos förstfödda skapar dialog

Till barnvårdscentralernas (BVC) uppdrag hör bland annat att göra hembesök hos familjer som fått sitt första barn. Syftet med hembesöken är att lära känna familjen och få en bild av barnets och hela familjens situation. Därmed ökar förutsättningen för en god kontakt och dialog med föräldrarna.

# 84%

Andel förstfödda som har fått hembesök. (2013: 89%)\*

\*Redovisades inte 2014.  
Nytt beräkningssätt 2015.

### BVC följer upp treåringar

Vid treårsbesöket på BVC följs barnen upp med ett hälsosamtal, utvecklingsbedömning samt tal- och språkbedömning. Syftet är att upptäcka och vid behov initiera åtgärder för barn som behöver riktad hälsorådgivning, stöd i sin allmänna utveckling och/eller stöd i tal- och språkutveckling.

# 92%

Andelen treåringar där treårskontroll genomförts. (2014: 83%)

Nytt beräkningssätt 2015.

Nytt mått 2015:

### Våld och hot i fokus på ungdomsmottagningar

Ungdomar som utsatts för våld och övergrepp vågar inte alltid ta upp detta spontant. Vid besök på ungdomsmottagningen ställs därför frågor om man varit utsatt för våld och övergrepp. Vi följer upp att frågor om detta har ställts.

# 26%

Andel ungdomar som tillfrågats om våld och övergrepp och där det dokumenterats strukturerat i journalen.

### Vuxenpsykiatrins patienter tillfrågas om vården

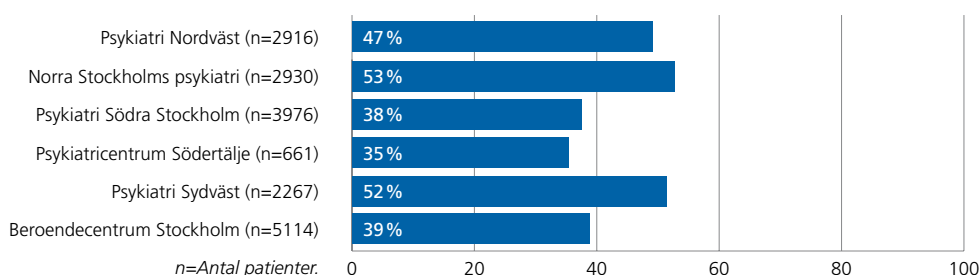
Vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård erbjuds alla patienter möjlighet att besvara en enkät bestående av fem frågor som valts ur en tidigare nationell patientenkät. Syftet med enkäten är att ge underlag för lokalt kvalitetsarbete inom centrala områden. De fyra första frågorna har valts för att belysa områdena bemötande, information, patientens delaktighet samt närståendes delaktighet. Den femte frågan har valts för att ge patientens sammanfattande omdöme om vården på avdelningen.

#### Nya mått 2015:

Resultat från enkäten publiceras varje månad på vuxenpsykiatrins externa webbplats; psykiatri.sll.se. Vårdavdelningarna uppmanas också att anslå avdelningens resultat där det kan läsas av patienterna.

Figur 3:1 | **Andel av utskrivna patienter med besvarade enkäter.**

Andelen beräknas som kvoten mellan antalet besvarade enkäter och antalet under perioden avslutade vårdtillfällen.

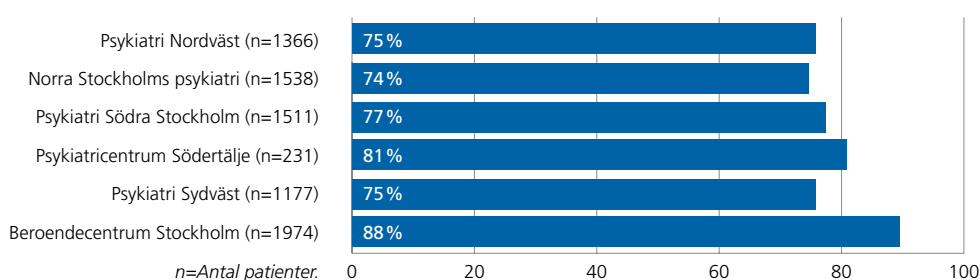


### Andel av besvarade enkäter där det mest positiva svarsalternativet valts

För varje enkätfråga visas andelen av enkätersvar där det mest positiva svarsalternativet har valts. I samtliga frågor är det mest positiva svaret "Ja, helt och hållet". Vilka övriga svarsalternativ är skiljer sig åt mellan frågorna.

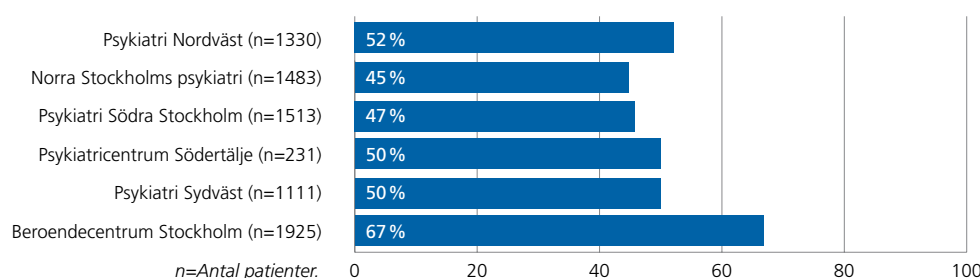
#### *Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?*

Figur 3:2 | **Andel enkäter där frågan besvarats med "ja, helt och hållet":**



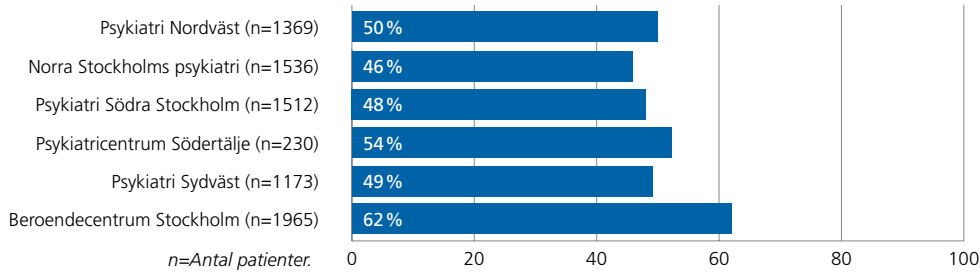
#### *Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?*

Figur 3:3 | **Andel enkäter där frågan besvarats med "ja, helt och hållet"**



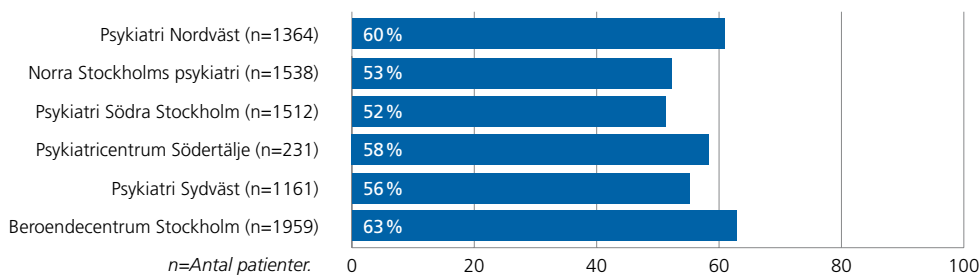
### Kände du dig delaktig i framtagandet av din vårdplan så mycket som du önskade?

Figur 3:4 | Andel enkäter där frågan besvarats med "ja, helt och hållet"



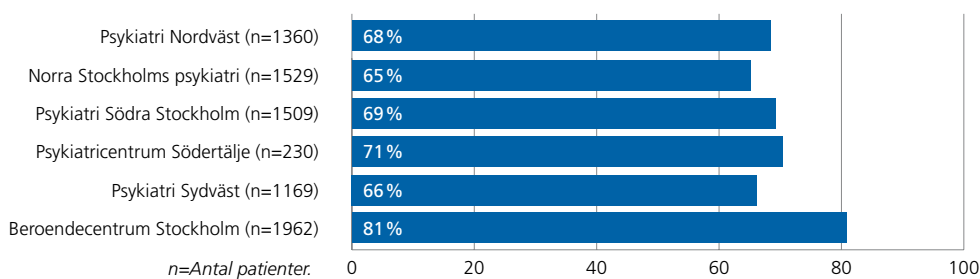
### Om dina närstående ville tala med personalen om ditt tillstånd och din vård fick de då möjlighet till det?

Figur 3:5 | Andel enkäter där frågan besvarats med "ja, helt och hållet"



### Skulle du rekommendera den här avdelningen till andra?

Figur 3:6 | Andel enkäter där frågan besvarats med "ja, helt och hållet"









Nytt mått 2015:

### Bemötande inom BUP:s läns-gemensamma specialenheter

Inom de läns-gemensamma specialenheterna vid BUP Stockholm genomfördes under året en patientenkät. Enkäten (ESQ), består av ett tjugotal påståenden för att fånga olika typer av erfarenheter av vården vid BUP. Den delades ut på enheterna under en femveckorsperiod och besvarades anonymt av barn och ungdomar från åtta år och uppåt (antal svar=218, svarsfrekvens 89%) och av målsmän oavsett barnets ålder (antal svar= 358, svarsfrekvens 84%).

Här redovisas andelen positiva svar på tre påståenden. Andel positiva svar har räknats fram så att andelen ”stämmer helt” räknas helt och ”stämmer delvis” räknas till hälften.

Andel positiva svar på frågan *”Jag har känt mig delaktig i planeringen av vården”*

**75 %** av de målsmän som svarat

**55 %** av de barn/ungdomar som svarat

Andel positiva svar på frågan *”Jag har fått ett bra bemötande”*:

**96 %** av de målsmän som svarat

**93 %** av de barn/ungdomar som svarat

Andel positiva svar på frågan *”Jag skulle kunna rekommendera enheten till en vän i liknande situation”*

**93 %** av de målsmän som svarat

**88 %** av de barn/ungdomar som svarat

## Informerande samtal med patienter och närstående inom ASIH

Inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och specialiserad palliativ slutenvård erbjuds vård i livets slutskede. Vården i livets slutskede inriktar sig på att göra den sista tiden så bra som möjligt och ska vara av hög kvalitet. Den sjukes psykiska, sociala och andliga behov har högsta prioritet. Det informerande samtalet innebär ett samtal mellan läkare och den döende/närstående om vården i livets slutskede. Innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån den sjukes tillstånd, behov och önskemål. Att vara informerad om sitt hälsotillstånd är väsentligt för att skapa möjlighet för svårt sjuka och närstående att ta ställning till vården den sista tiden.

Figur 3:7 | Andel patienter som fått informerande samtal under sista tiden i livet.

| ASIH och Palliativ slutenvård | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|
| SLSO                          | 82 % | 79 % | 88 % |
| SLL övriga                    | 85 % | 85 % | 88 % |
| Landet, inklusive SLL         | 83 % | 84 % | 87 % |

Källa: Svenska palliativregistret.  
För redovisning per enhet se bilaga 3.

Figur 3:8 | Andel närstående som fått informerande samtal av läkare under patientens sista tid i livet.

| ASIH och Palliativ slutenvård | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|------|------|------|
| SLSO                          | 91 % | 91 % | 92 % |
| SLL övriga                    | 93 % | 94 % | 96 % |
| Landet, inklusive SLL         | 90 % | 92 % | 92 % |

Källa: Svenska palliativregistret.  
För redovisning per enhet se bilaga 3.

## Efterlevandesamtal inom ASIH ger stöd till anhöriga

Många närstående till döende patienter har ofta en svår situation under patientens sjukdomstid och har behov av stöd efter patientens död. Närstående erbjuds samtal en tid efter dödsfallet av medarbetare från den enhet som vårdat patienten den sista tiden i livet, så kallade efterlevandesamtal.

Figur 3:9 | Andel närstående som erbjudits efterlevandesamtal.

| ASIH och Palliativ slutenvård | 2013  | 2014 | 2015 |
|-------------------------------|-------|------|------|
| SLSO                          | 100 % | 95 % | 96 % |
| SLL övriga                    | 96 %  | 95 % | 97 % |
| Landet, inklusive SLL         | 93 %  | 94 % | 94 % |

Källa: Svenska palliativregistret.  
För redovisning per enhet se bilaga 3.

### Palliativregistret, ASIH

# 100%

Täckningsgrad. (2014: 100 %)

### Palliativregistret, Geriatrik

# 100%

Täckningsgrad. (2014: 100 %)

Nya mått 2015:

## Webbaserad enkät genomförs inom geriatriken

För att ta till vara patienternas synpunkter på den vård geriatriken ger får våra patienter svara på en kort enkät via läsplatta mot slutet av vårddagen. Detta är ett viktigt arbete för att vi ska kunna erbjuda den vård patienterna vill ha. Enkäten är webbaserad och helt anonym och patienten får först svara på om de vill delta eller inte, efter information om syftet.

Figur 3:10 | Andel patienter som svarar hur nöjda de varit med vården 2015

| Fråga   | Stockholms-geriatriken<br>n=63 | Jakobsbergs-geriatriken<br>n=145 | Danderyds-geriatriken<br>n=994 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <i>Upplever du att du under vårddagen hos oss har blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?</i> | 92 %                           | 94 %                             | 86 %                           |
| <i>Upplever du att du under vårddagen hos oss har fått tillräcklig information om ditt tillstånd?</i>         | 79 %                           | 61 %                             | 64 %                           |
| <i>Upplever du att du under vårddagen hos oss fått vara delaktig i beslut om din vård så som du önskade?</i>  | 75 %                           | 65 %                             | 62 %                           |
| <i>Skulle du kunna rekommendera oss till andra?</i>   | 86 %                           | 90 %                             | 88 %                           |

Andel som svarat "ja, helt och hållet" på de tre första frågorna respektive "ja" på den sista.  
n = Antal patienter.

### SLSO vinner första pris för innovationslösning

SLSO:s innovationssluss vann det nyinstitfödda och nationella priset *MedTech Award* för appen som ger åtkomst till patientjournal via iPad. Priset delas ut av branschtidningen *MedTech Magazine*.

I en diskussion i SLSO:s innovationssluss uppkom frågan om att möjliggöra säker vård i hemmet genom att få åtkomst till patientens journal även i hemmet. Den mobila lösningen har utvecklats av SLSO:s innovationssluss tillsammans med TioHundra AB Nowa Health, Chorus AB, Apple Sverige och Innovationslabbet SLL/KI. Motiveringen till priset lyder:

”Utifrån personalens önskemål om att förbättra patientsäkerheten genom att ha all medicinsk information lättillgänglig nära patienten, påbörjades resan att hitta en lösning på problemet.”



Exempel på gott utvecklingsarbete.

## Kunskap och information anpassas efter patienternas behov

Habilitering & Hälsa arbetar med att öka kunskapen genom individuella insatser eller olika typer av kurser till föräldrar och närstående. Delaktighet och inflytande är ”kvalitativa grundbultar” för att i dialog ringa in vad som är viktigt att påverka eller förändra för barnet med funktionsnedsättning och dess föräldrar eller för den vuxne patienten och dennes anhöriga.

Att patienten får kunskap och ”redskap” för att kunna påverka, är avgörande för nöjdheten med insatserna. En utvärdering av delaktighet och nöjdhet görs på ett systematiskt sätt enligt den skattningsskala som tagits fram via ett nationellt samarbete av habiliteringsverksamheterna i hela landet: NYSAM.

Nytt mått 2015:

# 96 %

Andel patienter som ofta/alltid tycker att de får vara med och bestämma om hjälpen från habiliteringen.

Nytt mått 2015:

# 97 %

Andel patienter som ofta/alltid är nöjda med hjälpen de får.

# 70 %

Andel närstående som deltagit i kurser om specificerade funktionsnedsättningar och som bedömt att deras kunskaper om funktionsnedsättningen har ökat i hög grad. Mål: 60 % (2014: 76 %)

# 97 %

Andel föräldrar som deltagit i kurs om ADHD/ADD och hur det påverkar familjen och som bedömt att deras kunskap har ökat. (2014: 97 %)

# 7,2 medelvärde

I vilken grad som introduktionskurs för föräldrar om Aspergers syndrom har lett till ökad förståelse och kunskap om barnets funktionsnedsättning (1 = väldigt lite och 8 = väldigt mycket). (2014: 7,2)





## 4

## Effektiv hälso- och sjukvård

*Vi ska använda våra resurser så kostnadseffektivt som möjligt utan att göra avkall på kraven på hög säkerhet och god vårdkvalitet.*



”Rätt vård när och där du behöver” är SLSO:s vision som ska inspirera till att erbjuda en effektiv, kunskapsbaserad vård, med patientens behov i fokus. Effektiv vård och behandling förutsätter rätt diagnostik. Planering av insatserna i samverkan med patienten ökar möjligheten att målen uppnås. Behandlingen ska regelbundet följas upp och utvärderas för att göra det möjligt att utveckla och effektivisera vården.

### Diagnostik och behandling inom primärvården

#### Astma och KOL är stora folksjukdomar

Astma och KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) hör till andningsvägarnas sjukdomar. De är stora folksjukdomar som till största delen behandlas på vårdcentralerna.

Spirometriundersökning görs för att ställa diagnosen astma eller KOL och för att följa upp sjukdomsutveckling och behandlingseffekt.

För personer 45 år och äldre bedöms förekomsten av KOL vara cirka 14 procent. Orsaken till KOL är huvudsakligen tobaksrökning. Tidig diagnos, rökstopp och tidigt insättande av behandling kan avsevärt förbättra hälsa och livskvalitet. Den som röker dagligen bör därför i stor utsträckning undersökas med spirometer.

## 24%

Andel patienter, 45 år och äldre, dokumenterade som dagligrökare, som undersökts med spirometri de senaste två åren. (2014: 25 %)



### Viktigt med läkarbesök för dementa

Patienter med demens bör vara föremål för regelbunden bedömning för att säkerställa att de får optimal medicinsk behandling och omvårdnad samt för att upptäcka och åtgärda eventuella komplikationer till sjukdomen. Socialstyrelsen anger som en kvalitetsindikator ”andel personer med demenssjukdom som följs upp minst en gång per år av hälso- och sjukvården”. (Socialstyrelsen. *Indikatorer i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*).

# 58%

Andel patienter med demensdiagnos registrerad de senaste fyra åren som träffat läkare på vårdcentralen under året.

*För redovisning per enhet se bilaga 2.*

*Nytt beräkningssätt 2015.*





## Primärvårdsrehabilitering förebygger och behandlar

### Risken för fallolyckor ökar för dementa

Med demenssjukdom följer ofta problem som begränsar förmågan att röra sig och ökar risken för fall. Det är därför viktigt att primärvårdsrehabilitering identifierar och följer upp de patienter som riskerar att falla.

# 30%

Andel patienter med demens eller kognitiv svikt och där fallriskbedömning finns dokumenterad. (2014: 41 %)

Med rätt åtgärd minskar risken för fall och de komplikationer som detta medför.

# 53%

Andel patienter med demens eller kognitiv svikt där fallrisk föreligger och där åtgärd är dokumenterad. (2014: 55 %)

### Rehabiliterings-/behandlingsplan i samverkan med patienten

En rehabiliterings- eller behandlingsplan är ett dokument som ska innehålla planerade insatser, mål för behandlingen, tid för uppföljning och uppgifter om vem som ansvarar för behandlingen. Planen ska upprättas i samverkan med patienten för att öka möjligheten att nå önskat resultat.

# 49%

Andel patienter med dokumenterad rehabiliterings-/behandlingsplan. (2014: 21 %)

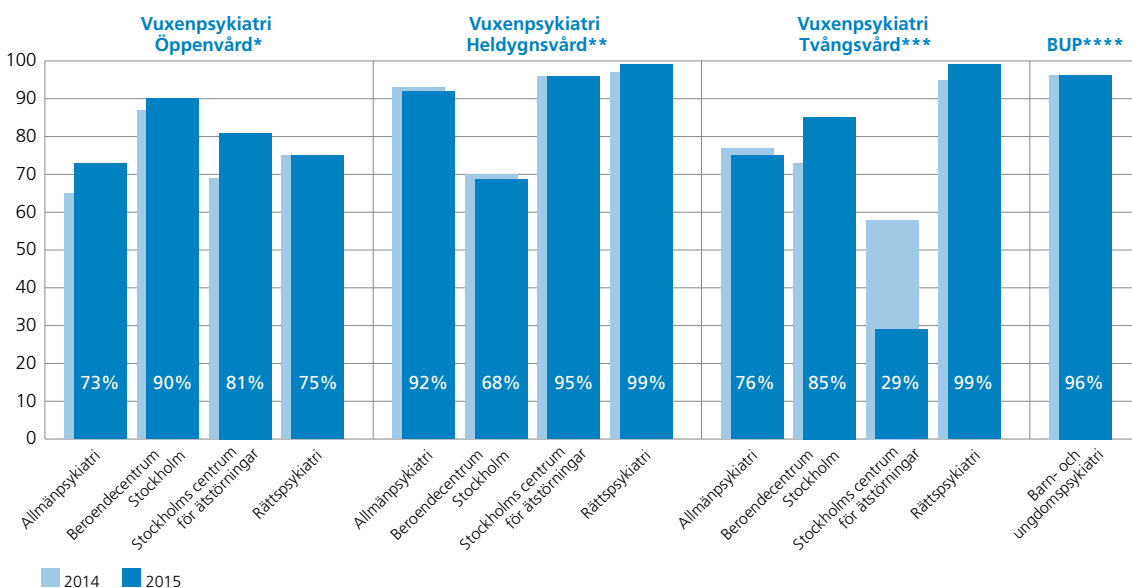
## Planering och utvärdering inom psykiatrin

### Vårdplan – effektivt verktyg för god vårdkvalitet

En vårdplan är ett skriftligt dokument som ska innehålla mål för vården, planerade insatser, tidpunkter för uppföljning och uppgifter om vem som har ansvar för behandlingen. Den ska upp-

rättas och utvärderas av patient och behandlare i samråd. Nedan visas andel patienter med vårdplan dokumenterad enligt de gemensamma dokumentationsrutinerna.

Figur 4:1 | Vårdplaner.  
Andel patienter som har en vårdplan.



För redovisning per enhet se bilaga 1.

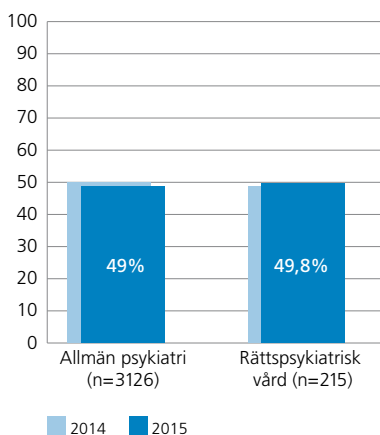
\*Andel av patienter som gjort minst 3 besök under året och som vid senaste besök hade en aktuell vårdplan.

\*\*Andel av patienter som då de senast skrevs ut hade en aktuell vårdplan.

\*\*\*Andel av vårdtillfällen då det finns en vårdplan dokumenterad enligt gemensamma rutiner.

\*\*\*\*Andel av patienter som gjort minst 4 besök eller haft minst 3 vårddygn och som har en dokumenterad vårdplan.

Figur 4:2 | Patientens medverkan i vårdplan vid tvångsvård.  
Andel patienter som tvångsvårdats som har medverkat vid upprättande av senaste vårdplan.



### Viktigt med vårdplan vid tvångsvård

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, ska en vårdplan upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård.

Lagen anger också att vårdplanen så långt det är möjligt ska upprättas i samråd med patienten, detta för att patienten liksom vid all annan vård ska vara delaktig i vårdplaneringen.



### Patienten ska veta sina rättigheter

Psykiatrisk tvångsvård innebär att patienten frihetsberövas och även kan utsättas för vissa åtgärder mot sin vilja. För att patientens juridiska rättigheter ska tillvaratas under tvångsvården ska patienten så snart hans/hennes tillstånd medger det upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut och att anlita ombud. Att denna information getts ska dokumenteras i journalen.

# 81%

Andel påbörjade tvångsvårdsepisoder med dokumentation om att patienten informerats om sina rättigheter. (2014: 79 %)

### Stödperson kan bistå patienten

Under psykiatrisk tvångsvård ska patienten så snart hans/hennes tillstånd medger det upplysas om sin rätt att få en stödperson utsedd av Patientnämnden. Stödpersonen ska under tvångsvården bistå patienten i personliga frågor.

# 76%

Andel påbörjade tvångsvårdsepisoder med dokumentation om att patienten informerats om sin rätt till stödperson. (2014: 74 %)

Nytt mått 2015:

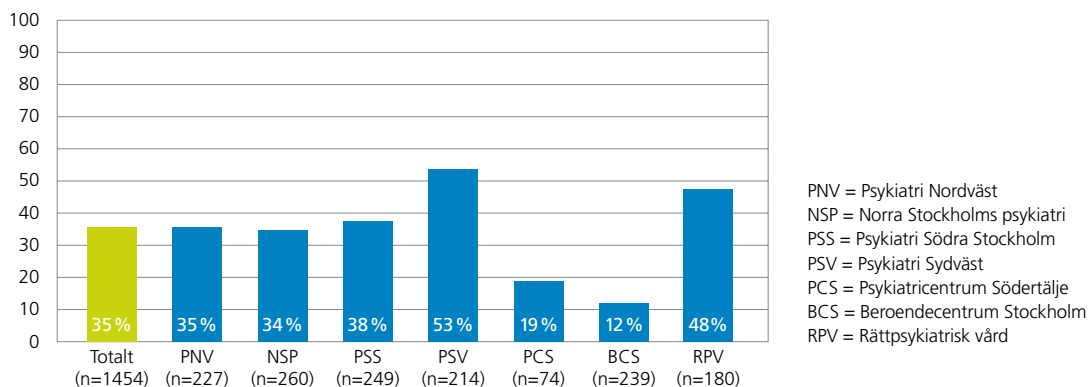
### Uppföljningssamtal efter utförd tvångsåtgärd, tacksynsgrad

En liten andel av de patienter som sjukhusvårdas inom psykiatri får åtgärder med tvång med stöd av de psykiatriska tvångslagarna. Efter en tvångsåtgärd 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 tvångsåtgärder.

Som ett mått på användningen av uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd beräknas vid hur stor andel av de vårdtillfällen då tvångsåtgärder förekommit som ett uppföljningssamtal finns dokumenterat.



Figur 4:3 | Uppföljningssamtal efter utförd tvångsåtgärd, tacksynsgrad  
Andel avslutade vårdtillfällen under vilka tvångsåtgärder förekommit då det finns dokumenterat uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.



## Barn och ungdomars funktionsnivå bedöms enligt etablerad skala

CGAS (Children's Global Assessment Scale) är en skattningsskala för att bedöma den allmänna funktionsnivån hos barn och ungdomar. Den används inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som ett komplement till den psykiatriska diagnosen och för att följa upp behandlingseffekten.

# 95%

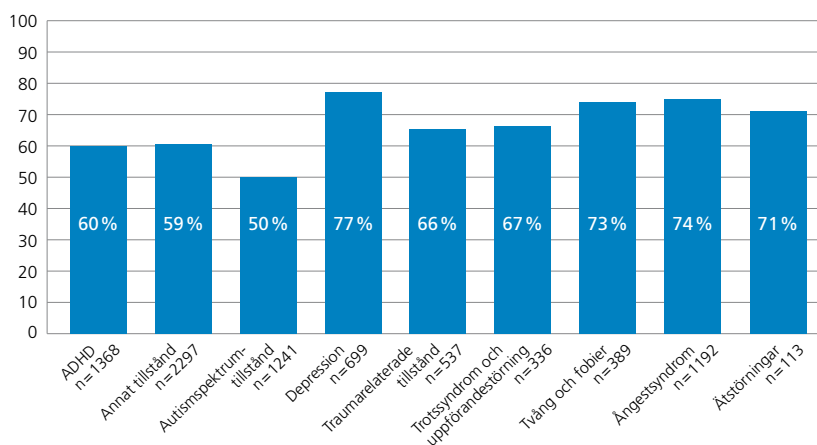
Andel patienter som bedömts med CGAS före och efter behandling. (2014: 95%)

## Behandlingseffekten mäts för varje patientgrupp

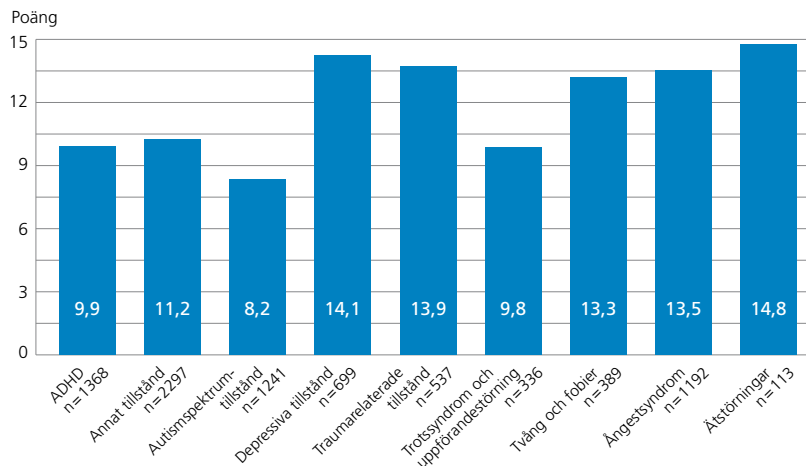
BUP mäter skillnaden mellan patientens funktionsnivå före och efter behandling (Delta-CGAS). Nedan visas förbättringar för några av BUP:s patientgrupper.

Figur 4:4 visar andelen som blivit bättre. Figur 4:5 visar hur mycket de har förbättrats.

Figur 4:4 | Uppföljning av behandlingseffekt: Delta-CGAS per patientgrupp.  
Andel patienter som förbättrat sin funktionsnivå efter behandling.



Figur 4:5 | Uppföljning av behandlingseffekt: Delta-CGAS per patientgrupp.  
Förbättringar i antal poäng enligt Delta-CGAS, medelvärde.



### Patienten värderar behandlingseffekten

Inom BUP utvärderas behandlingseffekten för samtliga patienter i samband med att kontakten avslutas. Utvärderingen görs, förutom med CGAS, även med hjälp av självskattning på en femgradig skala. Resultatet visar vad som hänt med de problem som patienten har sökt för.

# 76%

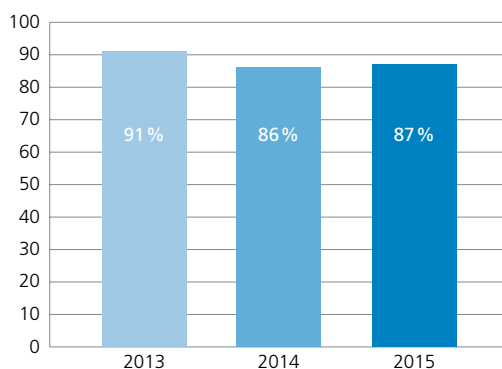
Andel patienter som uppgav att problemen blivit lättare att leva med, minskat eller försvunnit. (2014: 78 %)



## Planering och utvärdering inom Habilitering & Hälsa

Vården inom Habilitering & Hälsa baseras på en skriftlig vårdplan. Vårdplanen upprättas i dialog med berörda och innehåller mål för vården, planerade insatser, tidpunkter för uppföljning och uppgifter om vem som ansvarar för behandlingen.

Figur 4:6 | **Vårdplaner.**  
Andel patienter som efter tre besök har en vårdplan.



Nedan visas hur stor andel av vårdplanerna som innehåller en utvärdering av målen.

# 78 %

Andel vårdplaner med utvärdering av mål. (2014: 77 %)

### Anpassad enkät ger Habilitering & Hälsa underlag

Inom Habilitering & Hälsa görs en systematisk uppföljning av de mål som satts i vårdplanen. Patienten eller dess företrädare/föräldrar gör bland annat en sammanfattande bedömning av hur målen har uppnåtts. Det sker på en skattningsskala som tagits fram av habiliteringsverksamheterna i hela landet via samarbetet i NYSAM.

Nytt mått 2015:

# 96 %

Andel patienter som skattar att de alltid/ofta har nytta av de insatser habiliteringen gör.

### Samordnade vårdprocesser följs upp inom Habilitering & Hälsa

Många patienter har behov av stöd från flera olika vårdverksamheter och huvudmän. Att samordna vårdprocesserna är särskilt angeläget för patienter med stora och sammansatta vårdbehov. Habilitering & Hälsa följer därför särskilt upp vårdprocesserna för patienter med flerfunktionsnedsättning.

# 64 %

Andel patienter med flerfunktionsnedsättning som har en vårdplan samordnad med andra aktörer. (2014: 59 %)

#### NYSAM

NYSAM är ett nätverk för nyckeltals-samarbete inom hälso- och sjukvård mellan landsting och regioner.

## Viktigt med planering och utvärdering inom geriatrik

Inom geriatriken ska vårdplaner upprättas senast fyra vardagar efter inskrivning och målen i vårdplanerna ska senare utvärderas.

Geriatrisk

# 100%

Andel vårdtillfällen där vårdplan är upprättad. (2014: 100%)

För redovisning per enhet se bilaga 3.





## 5

## Jämlik hälso- och sjukvård

*Alla människor ska ha tillgång till vård på lika villkor. Rätten till hälso- och sjukvård ska vara oberoende av exempelvis kön, ålder eller funktionsnivå.*

”Allas lika värde” är en del av SLSO:s värdegrund. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vi ska ge lika god och säker vård till alla patienter.

### Genusperspektiv på primärvårdens arbete

#### Behandling av hypertoni minskar sjukdomsrisker

Patienter med välbehandlad hypertoni (høgt blodtryck) har stora möjligheter att undvika komplikationer som stroke, hjärtinfarkt och andra hjärt- och kärlsjukdomar. Ett välbehandlat blodtryck bör vara högst 140/90\* mm Hg.

## 62 %

Andel kvinnliga patienter med hypertoni som har blodtryck högst 140/90 mm Hg vid senaste mätning. (2014: 61 %)

## 62 %

Andel manliga patienter med hypertoni som har blodtryck högst 140/90 mm Hg vid senaste mätning. (2014: 62 %)

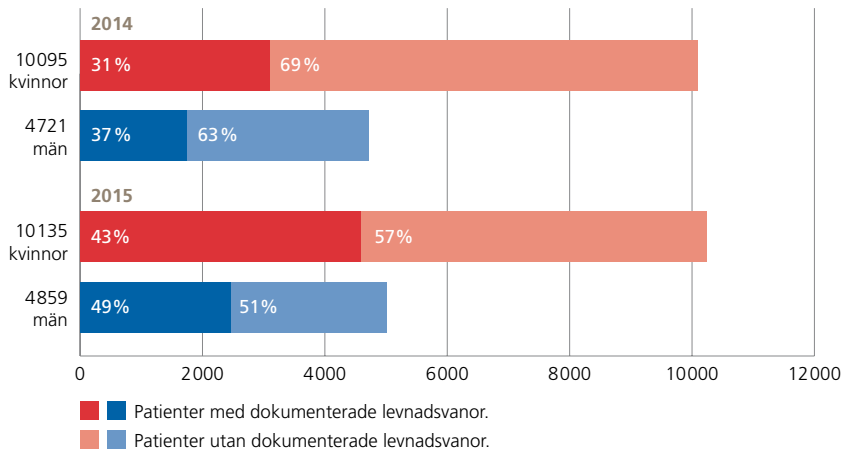
\*Patienter med exempelvis diabetes, njursjukdomar och vissa hjärkärlsjukdomar bör ha lägre blodtryck.



### Frågor om levnadsvanor viktiga vid depression

Det finns ett samband mellan ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa. Att fråga efter levnadsvanor vid till exempel depression är därför viktigt.

Figur 5:1 | Andel kvinnor respektive män med diagnos depression där levnadsvanor finns dokumenterade strukturerat i journalen – vårdcentraler.



### Läkarkontinuitet är viktig vid behandling av depression

God kontinuitet, till exempel att man som patient får träffa samma läkare vid återbesök, är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med depression eller ångestsyndrom (Källa: *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid depression och ångestsyndrom 2010, Socialstyrelsen*). Ett mått på kontinuitet är att mäta om patienten träffat samma läkare vid de senaste tre besöken.

# 75%

Andel kvinnliga patienter som vid de tre senaste läkarbesöken, för diagnosen depression, träffat samma läkare på vårdcentralen. (2014: 78%)

# 75%

Andel manliga patienter som vid de tre senaste läkarbesöken, för diagnosen depression, träffat samma läkare på vårdcentralen. (2014: 75%)



## Jämlikhetsperspektiv inom psykiatri

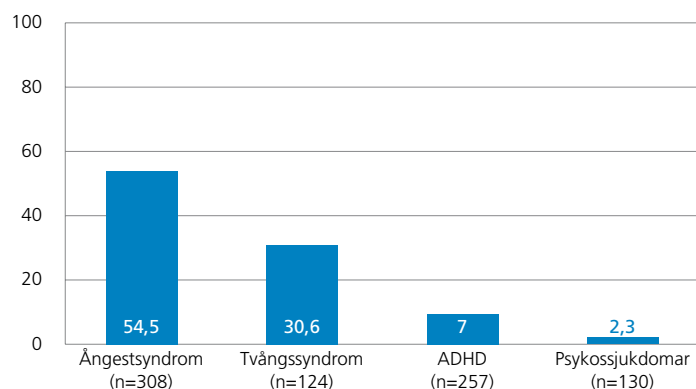
Vård och behandling ska erbjudas hela befolkningen på lika villkor. Hur patienterna värderar den vård de får är vägledande i vårt förbättringsarbete för en mer jämlik vård.

### Vård ges i enlighet med gemensam standard

För att stödja utvecklingen mot evidensbaserad och jämlik vård har en standard för val av åtgärder tagits fram för var och en av de stora sjukdomsgrupperna inom psykiatri. Kognitiv beteendeterapi och patientutbildning är åtgärder som ingår i standarden för flera stora patientgrupper. För att mäta i vilken utsträckning som åtgärder ges i enlighet med standard inom dessa grupper mäts andelen av för vuxenpsykiatri helt nya patienter som inom sex månader efter första besök har fått kognitiv beteendeterapi respektive patientutbildning.

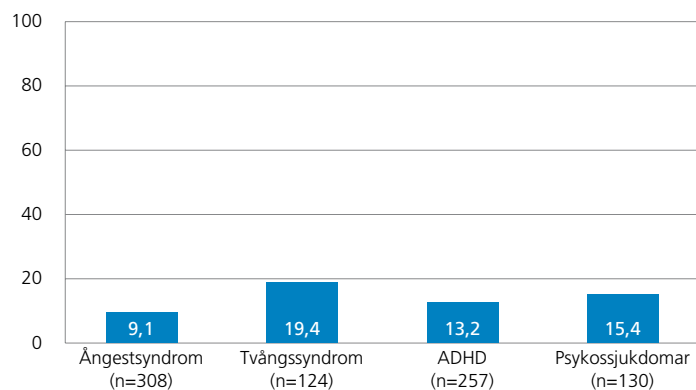
#### Nytt mått 2015:

Figur 5:2 | Andel av patienter utan tidigare kontakt med SLSO:s psykiatri som inom 6 månader efter första besök inlett KBT. (%)



#### Nytt mått 2015:

Figur 5:3 | Andel av patienter utan tidigare kontakt med SLSO:s psykiatri som inom 6 månader efter första besök deltagit i patientutbildning. (%)



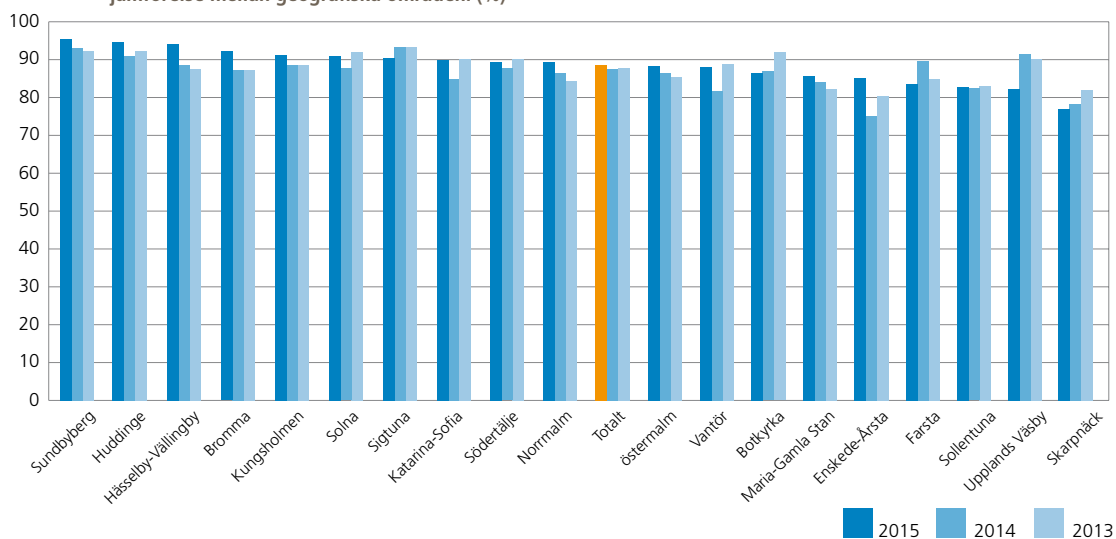


### Samma möjligheter ska erbjudas oavsett geografiskt område

Medicinsk uppföljning av patienter med schizofreni är ett viktigt uppdrag för den specialiserade psykiatrin. Oberoende av var patienten bor bör det finnas lika möjlighet till läkarbedömning.

Figur 5:4 visar andel patienter med schizofrenidiagnos som under året haft minst ett läkarbesök. Jämförelsen görs mellan olika geografiska områden (stadsdelar inom Stockholms kommun samt övriga kommuner). Områden med mindre än 100 personer i patientgruppen visas inte.

Figur 5:4 | Andel patienter med schizofrenidiagnos som träffat läkare inom de senaste tolv månaderna, jämförelse mellan geografiska områden. (%)

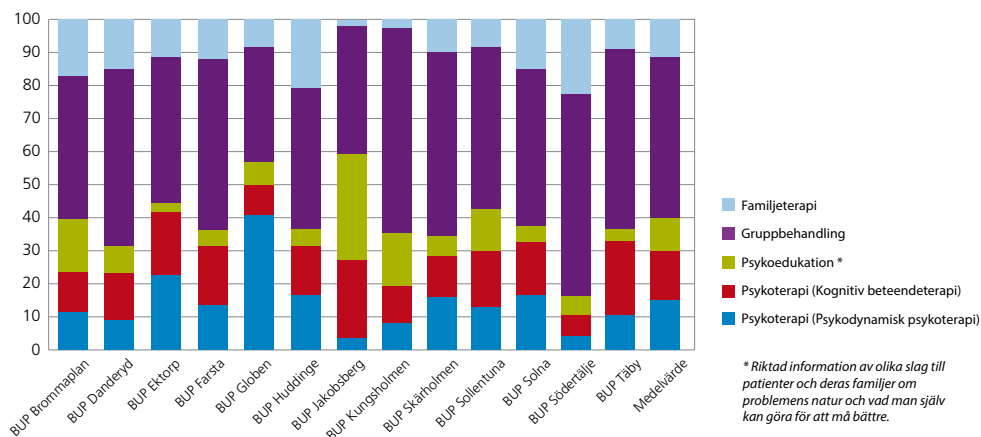


**Nytt mått 2015:**

**BUP eftersträvar lika bra vård överallt**

Genom att sammanställa vilka typer av insatser som ges till patienter i olika delar av länet kan BUP upptäcka olikheter i behandlingsutbudet.

Figur 5:5 | **Kommunvis fördelning av given samtalsbehandling mellan kategorierna Stödkontakt/Psykoedukation/Familjeterapi/Psykoterapi (KBT)/Psykoterapi (PDT)/Gruppbehandling.**

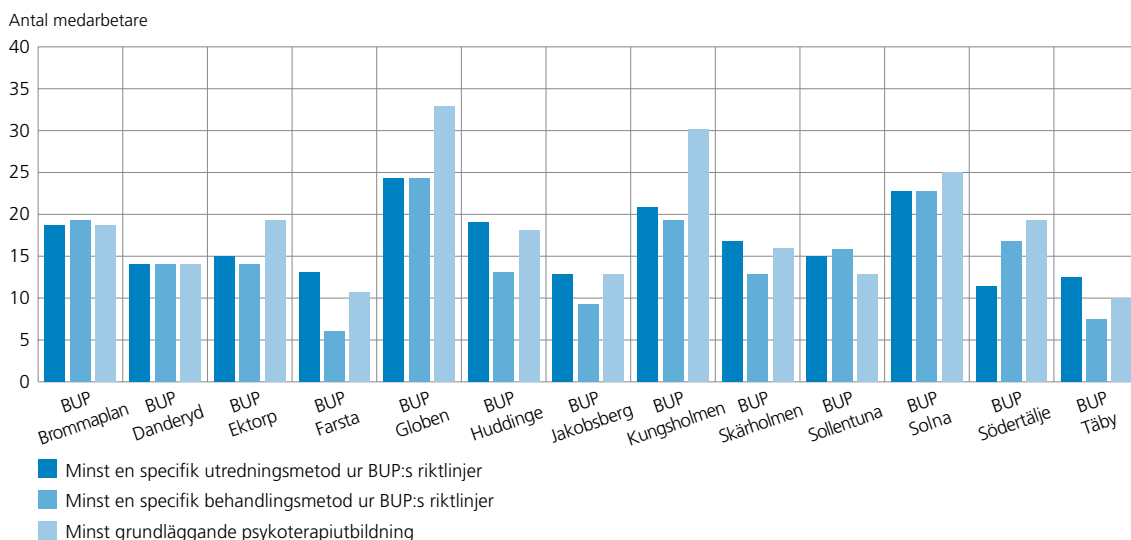


**Kompetens grunden för god vård inom BUP**

För att kunna erbjuda god och likvärdig vård i enlighet med riktlinjer över hela länet måste det finnas kompetens att genomföra olika slag av insatser på samtliga mottagningar.

BUP kartlägger kontinuerligt vilka kompetenser som finns representerade vid vilka mottagningar. I diagrammet nedan visas exempel på hur medarbetarnas kompetens ser ut.

Figur 5:6 | **Kompetenser inom BUP.** Medarbetarnas möjlighet att erbjuda vård kartläggs.





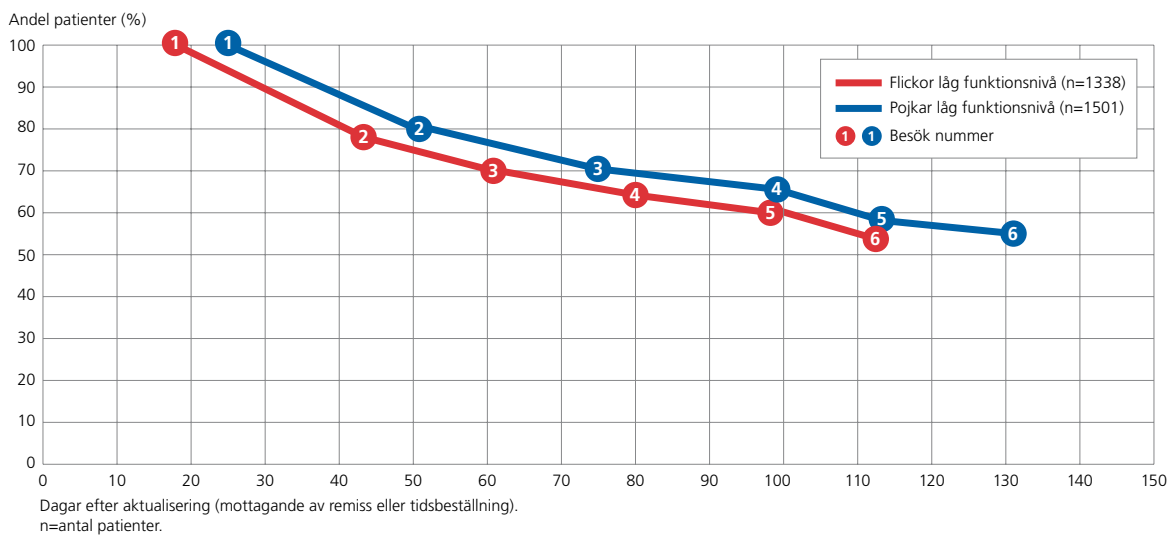
## Prioritering efter behov hos BUP

BUP följer hur länge flickor och pojkar med olika vårdbehov får vänta på första besöket och de därpå följande fem besöken.

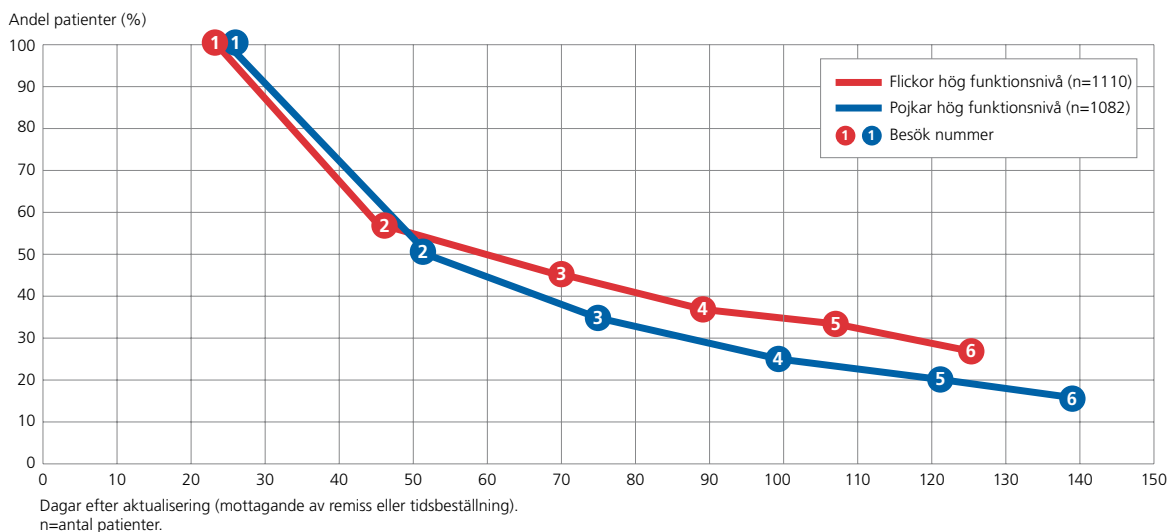
CGAS (Childrens Global Assessment Scale) är ett sätt att mäta den allmänna funktionsnivån hos barn och ungdomar. Patienter som har störst behov (låg funktionsnivå enligt mätning med CGAS), får sitt första besök snabbare jämfört med patienter med högre funktionsnivå. De patienter som har låg funktionsnivå får också fler och tätare besök.

Flickor med låg funktionsnivå får tid snabbare än pojkar. Skillnaden minskar vid hög funktionsnivå, se figur 5:7 och 5:8.

Figur 5:7 | **Flickor och pojkar med låg funktionsnivå.**  
Tid till besök på BUP-mottagning och andel som kommer på respektive besök.



Figur 5:8 | **Flickor och pojkar med hög funktionsnivå.**  
Tid till besök på BUP-mottagning och andel som kommer på respektive besök.



## 6

## Hälso- och sjukvård i rimlig tid

*Vår strävan är att våra patienter alltid ska få vård när de behöver den. En god tillgänglighet innebär att det är lätt att nå fram och att snabbt få tillgång till vård.*

Tillgänglighet till vård redovisas utifrån såväl väntetidsmätningar som patienternas egna upplevelser.

### God telefontillgänglighet är viktigt

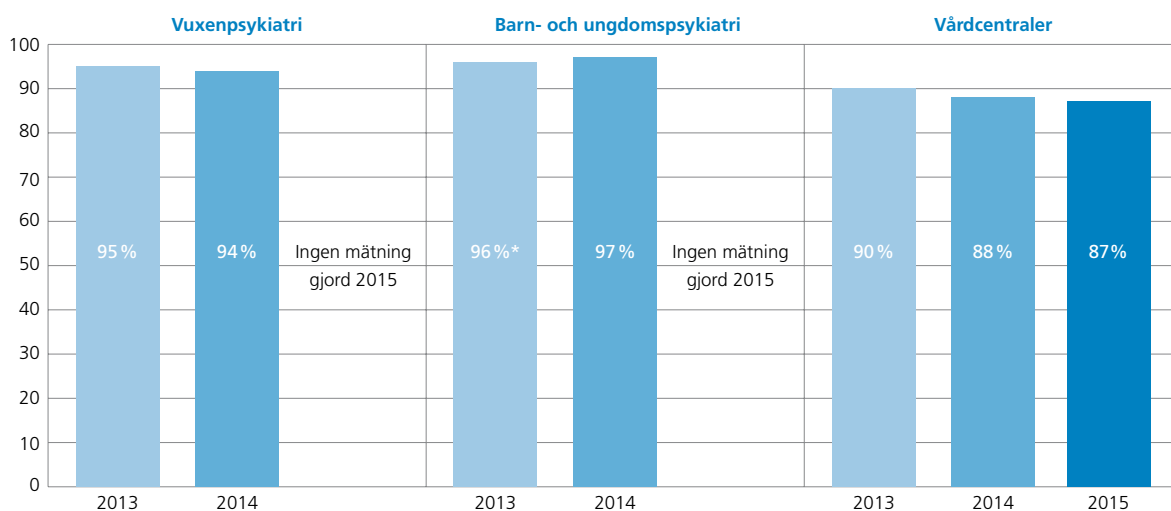
Telefontillgängligheten mäts regelbundet som andel samtal som besvarats inom en viss tid, se figur 6:1.

#### Godkända samtal:

- svar inom 1,5 minut om köfunktion saknas
- svar inom 10 minuter om köfunktion finns
- uppringd inom 1,5 timme om återupprings-system finns



Figur 6:1 | **Telefontillgänglighet.**  
Andel godkända samtal enligt mätning.



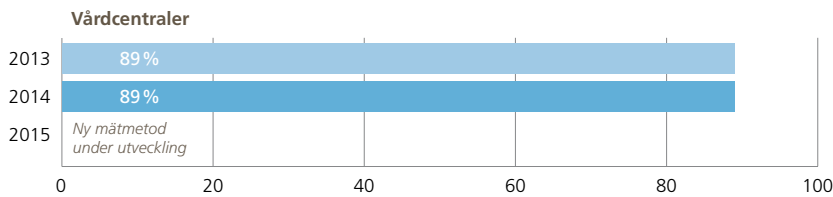
\*Avser endast två månaders mätning.

För redovisning per enhet se bilaga 5.  
Källa: HSF.

## Vårdgarantin prioriterad i alla vårdgrenar

För primärvården inom SLL innebär vårdgarantin att patienten ska erbjudas besök hos husläkare inom fem dagar (för den nationella vårdgarantin gäller sju dagar). En ny mätmetod med möjlighet att fortlöpande följa väntetider till besök inom primärvården är under utveckling. Allt fler av våra enheter erbjuder nu också patienten att själv boka tid via webben.

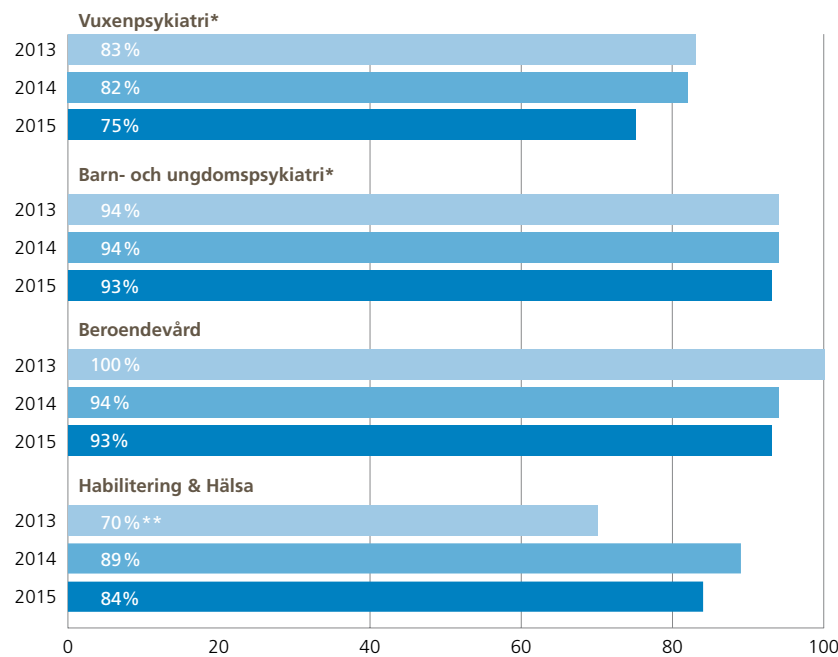
Figur 6:2 | **Besökstillgänglighet.**  
Andel patienter som erbjudits besökstid inom fem dagar.



För psykiatriska verksamheter, beroendevård och Habilitering & Hälsa innebär vårdgarantin att patienten ska erbjudas besök inom 30 dagar.

I figur 6:3 visas i vilken grad vårdgarantin uppfylldes i de olika verksamhetsgrenarna.

Figur 6:3 | **Besökstillgänglighet.**  
Andel patienter som erbjudits besökstid inom 30 dagar.



\*För redovisning per enhet se bilaga 5.

\*\*Antalet remisser för nydiagnostiserade med Aspergers syndrom eller ADHD är högt och drar ner tillgänglighetssiffrorna 2013.





## Värdefullt med snabb rehabilitering

Fortsatt rehabilitering efter vård på sjukhus eller korttidsboende och snabbt påbörjad rehabilitering efter skada som inte kräver sjukhusvistelse är av stor betydelse för tillfrisknande. Tidsgränserna varierar för olika kategorier av patienter eftersom behoven av insatser ser olika ut.

**Patienter utskrivna från sjukhus i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet:**

# 97%

Andel som erbjudits insatser *inom en vardag*. (2014: 96 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 5.*

**Patienter som drabbats av stroke eller neurologisk sjukdom i behov av rehabilitering i hemmet:**

# 97%

Andel som erbjudits insatser av neuroteam *inom två vardagar* efter sjukhusvistelsen. (2014: 98 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 5.*

**Patienter med akut behov av rehabilitering som kan behandlas på mottagning:**

# 91%

Andel som erbjudits insatser *inom tre vardagar*. (2014: 96 %)

**Patienter som skrivs ut från korttidsboenden till hemmet:**

# 98%

Andel där rehabiliteringsinsatserna påbörjas *inom fem vardagar*. (2014: 98 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 5.*





## Kort väntetid – ett mål för psykiatri

### Tillgänglighet till psykiatrisk akutvård (länsakuten)

Den psykiatriska länsakutens uppdrag är att ta hand om akut psykiskt sjuka patienter från hela Stockholms län, samt besökare från övriga Sverige och utlandet. Länsakuten tar emot patienter som söker själva eller som förs dit av polis. En del av patienterna är oroliga och aggressiva och behöver snabbt omhändertagande. Som ett mått på länsakutens tillgänglighet visas den genomsnittliga väntetiden till läkarbedömning.

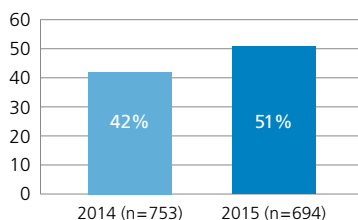
# 64 minuter

Årsgenomsnitt väntetid till läkarbedömning. (2014: 63 minuter)

### Tillgänglighet till internetpsykiatri

Inom internetpsykiatri följer man hur stor andel av patienterna som påbörjar behandling inom två dagar efter läkarbedömning, se figur 6:4.

Figur 6:4 | Väntetid till behandling.  
Andel patienter som påbörjat behandling inom två kalenderdagar räknat från det första inbokade läkarbesöket till behandlingsstartdatum.



### Öppenvårdsbesök inom sju dagar inom Beroendecentrum Stockholm

Patienter med alkoholberoende erbjuds en tid i öppenvård i nära anslutning till att heldygnsvården avslutas. Denna åtgärd innebär en säkrare nedtrappning av läkemedel och en bättre medicinsk uppföljning.

# 28%

Andel av vårdtillfällen som följts av öppenvårdsbesök inom sju dagar. (2014: 33%)



### Hederspris till Beroendecentrum Stockholm

Metadonsektionen inom Beroendecentrum Stockholm har fått ta emot Stockholms Brukarförenings hederspris för sitt arbete med de patienter som tidigare misslyckats stanna kvar i behandling.

Resursmottagningen, som Metadonsektionen startat, vänder sig speciellt till dem som har haft svårt att inordna sig i och leva upp till regelverket på andra mottagningar. Mottagningen fokuserar särskilt på delaktighet och förutsägbarhet.

Att priset kommer från Stockholms Brukarförening gör att det betyder än mer, kommenterade Nadja Eriksson, sektionschef på Beroendecentrum Stockholm i samband med prisutdelningen.

Prisutdelningen ägde rum under Svenska Brukarföreningens seminarium i Bonnierhuset i Stockholm.



Exempel på gott utvecklingsarbete.

### Förstärkt vårdgaranti inom BUP

Stockholms läns landsting har infört förstärkt vårdgaranti för patienterna inom BUP. Patienterna ska erbjudas tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter behandling eller fördjupad utredning inom 30 dagar efter beslut.

# 91 %

Andel patienter som påbörjat beslutad åtgärd (behandling eller utredning) inom 30 dagar efter beslut om åtgärd. (2014: 90 %)

*För redovisning per enhet se bilaga 5.*

### Uppföljning och fortsatt behandling inom BUP

Patienter som vårdats på BUP-akuten över natten har i allmänhet stora vårdbehov i kombination med låg funktionsnivå. De behöver ofta snabb uppföljning med fortsatt behandling i BUP:s öppenvård.

# 6 dagar

Den genomsnittliga tiden mellan hemgång efter vård över natten på BUP-akuten till det uppföljande besöket i öppenvården. (2014: 8 dagar)

När en patient eller en familj behöver mer än den behandling som öppenvården kan erbjuda kan patienten få kontakt med mellanvården. Den kan erbjuda tätare kontakter, längre besök, vård i hemmet och ett brett utbud av behandlingsmetoder.

# 14 dagar

Den genomsnittliga tiden mellan senaste besök i öppenvård och första möte med mellanvården. (2014: 17 dagar)

*För redovisning per enhet se bilaga 5.*

Nytt mått 2015:

### Andel nya patienter med dokumenterad initial bedömning

En snabb och systematisk bedömning av patientens vårdbehov bidrar till att BUP:s resurser i första hand kan användas för att hjälpa de patienter som har störst behov.

# 87 %

Andel av nya patienter under 2015 där man dokumenterat en strukturerad initial bedömning av patientens vårdbehov enligt BUP:s riktlinjer.

### Mellanvård – ett mellansteg mellan öppen och heldygnsvård

BUP Mellanvård är till för barn med allvarlig psykisk problematik eller funktionsnedsättning där öppenvårdsresurser inte är tillräckliga och heldygnsvårdens omhändertagandenivå är för hög. Den erbjuder vård i hemmiljö, i barnets närmiljö, på mottagning eller i kombination. Mellanvården kan erbjuda en tätare kontakt än öppenvården med fler och längre besök och telefonkontakter.

# Bilagor 2015

- 1 Nyckeltal för vuxenpsykiatri,  
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)  
och Habilitering & Hälsa
- 2 Nyckeltal för vårdcentraler
- 3 Nyckeltal
  - 3:1 Geriatrik
  - 3:2 ASIH
- 4 Patientenkätsvar - *utgår*
- 5 Tillgänglighet
  - 5:1 Vuxenpsykiatri
  - 5:2 BUP
  - 5:3 Vårdcentraler
  - 5:4 Primärvårdsrehabilitering
  - 5:5 Neuroteam

Samtliga uppgifter som redovisas i kvalitetsbokslutet har hämtats från interna enkäter och statistikuppgifter samt från journalsystem, om inte annat anges.

## Bilaga 1

### Nyckeltal för vuxenpsykiatri, BUP och Habilitering & Hälsa.

Samlat resultat presenteras i kapitel 1, 4 och 6.

|  | Antal patienter öppenvård |               | Antal besök totalt |                | Antal besök per patient |           |
|--|---------------------------|---------------|--------------------|----------------|-------------------------|-----------|
|  | 2015                      | 2014          | 2015               | 2014           | 2015                    | 2014      |
| <b>Allmänpsykiatri öppenvård</b>           |                           |               |                    |                |                         |           |
| Psykiatri Nordväst                         | 10 200                    | 10 100        | 119 000            | 109 800        | 12                      | 11        |
| Norra Sthlms psykiatri <sup>1)</sup>       | 13 500                    | 13 500        | 184 500            | 198 500        | 14                      | 15        |
| Psykiatri Södra Sthlm                      | 13 800                    | 14 000        | 171 600            | 174 700        | 12                      | 12        |
| Psykiatri Sydväst                          | 11 000                    | 10 700        | 116 500            | 110 700        | 11                      | 10        |
| Psykiatricentrum Södertälje                | 4 100                     | 4 000         | 60 700             | 64 600         | 15                      | 16        |
| <b>Totalt allmänpsykiatri</b>              | <b>52 600</b>             | <b>52 300</b> | <b>652 300</b>     | <b>658 300</b> | <b>12</b>               | <b>13</b> |
| <b>Stockholms centrum för ätstörningar</b> | <b>2 000</b>              | <b>1 900</b>  | <b>26 100</b>      | <b>24 600</b>  | <b>13</b>               | <b>13</b> |
| <b>Rättspsykiatri Vård Stockholm</b>       | <b>600</b>                | <b>600</b>    | <b>11 200</b>      | <b>11 100</b>  | <b>19</b>               | <b>19</b> |
| <b>Beroendecentrum Stockholm</b>           | <b>20 200</b>             | <b>19 700</b> | <b>330 500</b>     | <b>334 000</b> | <b>16</b>               | <b>17</b> |
| <b>Barn- och ungdomspsykiatri</b>          | <b>22 200</b>             | <b>22 100</b> | <b>170 700</b>     | <b>165 200</b> | <b>8</b>                | <b>7</b>  |
| <b>Habilitering &amp; Hälsa</b>            | <b>16 100</b>             | <b>16 200</b> | <b>150 700</b>     | <b>149 300</b> | <b>9</b>                | <b>0</b>  |

|  | Kapitel 1                |                          | Kapitel 4              |            | Kapitel 6                       |            |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|------------|---------------------------------|------------|
|  | Diagnosregistreringsgrad |                          | Vårdplan <sup>2)</sup> |            | Tid inom 30 dagar <sup>3)</sup> |            |
|  | 2015                     | 2014                     | 2015                   | 2014       | 2015                            | 2014       |
| <b>Allmänpsykiatri öppenvård</b>           |                          |                          |                        |            |                                 |            |
| Psykiatri Nordväst                         | 99%                      | 99%                      | 71%                    | 60%        | 75%                             | 85%        |
| Norra Sthlms psykiatri <sup>2)</sup>       | 98%                      | 97%                      | 71%                    | 71%        | 74%                             | 97%        |
| Psykiatri Södra Sthlm                      | 95%                      | 98%                      | 68%                    | 53%        | 79%                             | 84%        |
| Psykiatri Sydväst                          | 100%                     | 99%                      | 79%                    | 83%        | 81%                             | 71%        |
| Psykiatricentrum Södertälje                | 95%                      | 97%                      | 72%                    | 69%        | 58%                             | 53%        |
| <b>Totalt allmänpsykiatri</b>              | <b>98 %<sup>4)</sup></b> | <b>98 %<sup>4)</sup></b> | <b>73%</b>             | <b>65%</b> | <b>75%</b>                      | <b>82%</b> |
| <b>Stockholms centrum för ätstörningar</b> | <b>98 %<sup>4)</sup></b> | <b>94 %<sup>4)</sup></b> | <b>81%</b>             | <b>69%</b> | -                               | -          |
| <b>Rättspsykiatri Vård Stockholm</b>       | <b>92 %<sup>4)</sup></b> | <b>99 %<sup>4)</sup></b> | <b>75%</b>             | <b>75%</b> | -                               | -          |
| <b>Beroendecentrum Stockholm</b>           | <b>99 %<sup>4)</sup></b> | <b>97 %<sup>4)</sup></b> | <b>90%</b>             | <b>87%</b> | <b>93%</b>                      | <b>94%</b> |
| <b>Barn- och ungdomspsykiatri</b>          | <b>97 %<sup>5)</sup></b> | <b>99 %<sup>5)</sup></b> | <b>96%</b>             | <b>96%</b> | <b>93%</b>                      | <b>94%</b> |
| <b>Habilitering &amp; Hälsa</b>            | <b>91 %<sup>6)</sup></b> | <b>95 %<sup>6)</sup></b> | <b>87%</b>             | <b>86%</b> | <b>84%</b>                      | <b>89%</b> |

1) Exklusive Stockholms läns psykiatriska akutmottagning.

2) Andel patienter som har en skriftlig vårdplan.

3) Andel patienter som erbjuds tid inom 30 kalenderdagar efter vårdbegäran (remiss och egenanmälan).

4) För vuxenpsykiatrin redovisas andel läkarbesök med registrerad diagnos.

5) För BUP redovisas andel aktuella patienter som har registrerad diagnos efter tre besök (varav minst ett läkarbesök).

6) För Habilitering & Hälsa redovisas funktionsnedsättningsbeskrivningar men sätts inga diagnoser eller diagnoskoder.

## Bilaga 2

### Nyckeltal för vårdcentraler (%).

Samlat resultat presenteras i kapitlen 1, 2 och 4.

| Mottagning           | Kapitel 1           |      |                         |      |                         |      | Kapitel 2         |               | Kapitel 4                               |
|----------------------|---------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------|---------------|---|
|                      | Diabetes typ II     |      |                         |      |                         |      | PcV <sup>4)</sup> |               | Demens<br>Läkar-<br>besök <sup>5)</sup> |
|                      | HbA1c <sup>1)</sup> |      | Blodtryck <sup>2)</sup> |      | Fotstatus <sup>3)</sup> |      | 2015              | 2014          | 2015                                    |
|                      | 2015                | 2014 | 2015                    | 2014 | 2015                    | 2014 | 2015              | 2014          | 2015                                    |
| Alby                 | 82                  | 81   | 86                      | 88   | 74                      | 78   | 77                | 72            | 57                                      |
| Axelsberg            | 91                  | 95   | 93                      | 93   | 82                      | 88   | 79                | 79            | 60                                      |
| Barkarby             | 92                  | 92   | 90                      | 89   | 73                      | 72   | 75                | 74            | 75                                      |
| Bergshamra Ulriksdal | 92                  | 87   | 89                      | 91   | 89                      | 84   | 66                | 69            | 49                                      |
| Bollmora             | 90                  | 90   | 91                      | 87   | 79                      | 90   | 72                | 72            | 34                                      |
| Boo                  | 92                  | 90   | 88                      | 88   | 72                      | 81   | 79                | 78            | 70                                      |
| Brandbergen          | 86                  | 85   | 92                      | 94   | 88                      | 93   | 78                | 87            | 79                                      |
| Bredäng              | 81                  | 81   | 90                      | 91   | 83                      | 85   | 86                | 88            | 56                                      |
| Brommaplan           | 90                  | 87   | 90                      | 86   | 94                      | 95   | 71                | 73            | 75                                      |
| Dalarö               | 100                 | 90   | 83                      | 88   | 83                      | 81   | <sup>6)</sup>     | <sup>6)</sup> | 50                                      |
| Djursholm            | 92                  | 90   | 90                      | 88   | 92                      | 94   | 77                | 84            | 71                                      |
| Djurö                | 91                  | 92   | 87                      | 86   | 96                      | 100  | 71                | 80            | 43                                      |
| Ektorp               | 95                  | 92   | 76                      | 82   | 88                      | 91   | 80                | 78            | 64                                      |
| Enebyberg            | 96                  | 91   | 87                      | 86   | 89                      | 88   | 67                | 72            | 68                                      |
| Essinge              | 91                  | 94   | 88                      | 87   | 90                      | 84   | 85                | 82            | 36                                      |
| Fisksätra            | 84                  | 72   | 93                      | 92   | 77                      | 82   | 80                | 78            | 54                                      |
| Fittja               | 82                  | 80   | 94                      | 90   | 73                      | 65   | 81                | 77            | 53                                      |
| Flemingsberg         | 81                  | 82   | 91                      | 91   | 71                      | 73   | 81                | 76            | 53                                      |
| Forum                | 92                  | 92   | 94                      | 89   | 84                      | 76   | 73                | 76            | 43                                      |
| Gröndal              | 88                  | 86   | 90                      | 89   | 78                      | 84   | 83                | 79            | 66                                      |
| Gustavsberg          | 91                  | 92   | 87                      | 89   | 94                      | 94   | 71                | 72            | 66                                      |
| Gärdet               | 87                  | 88   | 93                      | 91   | 85                      | 93   | 81                | 77            | 64                                      |
| Hagalund Frösunda    | 89                  | 89   | 94                      | 93   | 78                      | 81   | 60                | 51            | 41                                      |
| Hallonbergen         | 89                  | 86   | 85                      | 84   | 85                      | 92   | 73                | 82            | 56                                      |
| Hallunda             | 83                  | 79   | 91                      | 86   | 62                      | 56   | 76                | 73            | 49                                      |
| Handen               | 93                  | 92   | 87                      | 89   | 88                      | 78   | 70                | 77            | 54                                      |
| Huddinge             | 86                  | 87   | 77                      | 80   | 88                      | 90   | 70                | 68            | 42                                      |
| Husby Akalla         | 77                  | 81   | 89                      | 88   | 95                      | 77   | 85                | 86            | 50                                      |
| Hässelby             | 87                  | 85   | 84                      | 82   | 93                      | 90   | 76                | 78            | 61                                      |
| Jakobsberg           | 91                  | 88   | 93                      | 93   | 91                      | 93   | 83                | 80            | 60                                      |
| Johannes             | 92                  | 89   | 93                      | 90   | 100                     | 95   | 76                | 78            | 66                                      |
| Jordbro              | 84                  | 82   | 89                      | 80   | 59                      | 46   | 85                | 81            | 25                                      |
| Kista                | 87                  | 90   | 90                      | 90   | 99                      | 93   | 81                | 69            | 65                                      |
| Korallen             | 83                  | 87   | 92                      | 91   | 93                      | 89   | 74                | 74            | 52                                      |
| Kungsängen           | 89                  | 90   | 90                      | 86   | 73                      | 76   | 82                | 72            | 47                                      |
| Liljeholmen          | 90                  | 93   | 92                      | 94   | 77                      | 81   | 84                | 83            | 60                                      |
| Liseberg             | 83                  | 87   | 88                      | 89   | 70                      | 78   | 76                | 76            | 62                                      |
| Luna                 | 88                  | 86   | 92                      | 88   | 71                      | 64   | 77                | 76            | 47                                      |
| Mörby                | 94                  | 92   | 91                      | 96   | 82                      | 90   | 77                | 75            | 57                                      |
| Norrviken            | 94                  | 87   | 95                      | 90   | 88                      | 87   | 75                | 75            | 50                                      |
| Riksby               | 86                  | 87   | 85                      | 82   | 81                      | 88   | 72                | 69            | 78                                      |
| Rinkeby              | 78                  | 73   | 93                      | 93   | 76                      | 76   | 85                | 82            | 45                                      |
| Rissne               | 88                  | 81   | 78                      | 82   | 92                      | 90   | 71                | 69            | 58                                      |
| Rotebro              | 84                  | 86   | 86                      | 87   | 95                      | 98   | 77                | 80            | 66                                      |



| Mottagning    | Kapitel 1           |           |                         |           |                         |           | Kapitel 2         |           | Kapitel 4                               |
|---------------|---------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------|-----------|---|
|               | Diabetes typ II     |           |                         |           |                         |           | PcV <sup>4)</sup> |           | Demens<br>Läkar-<br>besök <sup>5)</sup> |
|               | HbA1c <sup>1)</sup> |           | Blodtryck <sup>2)</sup> |           | Fotstatus <sup>3)</sup> |           | 2015              | 2014      | 2015                                    |
|               | 2015                | 2014      | 2015                    | 2014      | 2015                    | 2014      | 2015              | 2014      | 2015                                    |
| Råsunda       | 87                  | 89        | 90                      | 88        | 72                      | 70        | 74                | 78        | 50                                      |
| Salem         | 89                  | 89        | 86                      | 89        | 90                      | 88        | 86                | 77        | 42                                      |
| Saltsjöbaden  | 86                  | 88        | 91                      | 97        | 76                      | 84        | 64                | 86        | 26                                      |
| Segeltorp     | 89                  | 79        | 90                      | 92        | 80                      | 86        | 78                | 82        | 53                                      |
| Sigtuna       | 96                  | 89        | 85                      | 86        | 84                      | 78        | 73                | 78        | 79                                      |
| Skärholmen    | 78                  | 82        | 91                      | 92        | 64                      | 74        | 84                | 76        | 62                                      |
| Solna Centrum | 97                  | 90        | 98                      | 93        | 78                      | 84        | 62                | 63        | 65                                      |
| Spånga        | 91                  | 89        | 89                      | 90        | 83                      | 81        | 73                | 75        | 54                                      |
| Stocksund     | 93                  | 97        | 96                      | 91        | 66                      | 87        | 70                | 66        | 79                                      |
| Surbrunn      | 91                  | 90        | 89                      | 88        | 100                     | 95        | 67                | 68        | 55                                      |
| Sätra         | 80                  | 78        | 88                      | 85        | 71                      | 73        | 87                | 87        | 40                                      |
| Tallhöjden    | 87                  | 89        | 90                      | 90        | 61                      | 63        | 64                | 72        | 47                                      |
| Tensta        | 82                  | 83        | 89                      | 89        | 77                      | 84        | 88                | 89        | 63                                      |
| Torsvik       | 92                  | 89        | 89                      | 89        | 89                      | 90        | 70                | 81        | 55                                      |
| Traneberg     | 92                  | 90        | 88                      | 91        | 95                      | 97        | 67                | 72        | 59                                      |
| Trollbäcken   | 93                  | 88        | 83                      | 87        | 86                      | 80        | 69                | 77        | 60                                      |
| Trångsund     | 86                  | 84        | 88                      | 89        | 81                      | 79        | 66                | 84        | 60                                      |
| Tullinge      | 92                  | 89        | 78                      | 83        | 80                      | 89        | 90                | 81        | 56                                      |
| Tumba         | 89                  | 87        | 86                      | 88        | 93                      | 91        | 81                | 84        | 56                                      |
| Tureberg      | 94                  | 95        | 92                      | 85        | 100                     | 96        | 74                | 64        | 63                                      |
| Täby          | 93                  | 88        | 95                      | 93        | 79                      | 73        | 65                | 72        | 56                                      |
| Valsta        | 87                  | 79        | 86                      | 85        | 43                      | 60        | 88                | 79        | 22                                      |
| Vendelsö      | 93                  | 94        | 93                      | 92        | 97                      | 94        | 83                | 81        | 59                                      |
| Vårby         | 79                  | 74        | 87                      | 87        | 85                      | 89        | 85                | 91        | 51                                      |
| Älvsjö        | 89                  | 88        | 91                      | 90        | 85                      | 84        | 85                | 86        | 52                                      |
| <b>Totalt</b> | <b>88</b>           | <b>87</b> | <b>89</b>               | <b>89</b> | <b>83</b>               | <b>83</b> | <b>77</b>         | <b>76</b> | <b>58</b>                               |

1) Andel diabetespatienter, högst 80 år, där HbA1c mätts och värdet är högst 70 mmol/mol vid senaste mätning.

2) Andel diabetespatienter, högst 80 år, där blodtryck kontrollerats och där systoliskt blodtryck var högst 150 mmHg vid senaste mätning.

3) Andel diabetespatienter där fotstatus finns dokumenterad i journalen.

4) Andel barn, 0-6 år, som behandlats med "luftvägsantibiotika" och som fick penicillin V.

5) Andel patienter med demensdiagnos registrerad någon gång de senaste fyra åren (från och med 2012-01-01) som träffat läkare på vårdcentralen under året.

6) Ingår i Handens vårdcentral.

## Bilaga 3:1

### Nyckeltal för Geriatriska kliniker (%).

Samlat resultat presenteras i kapitel 1, 2, och 4.

| Klinik                 | Kapitel1             |           |                                 |           |                                 |           |  |           |
|------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|--|-----------|
|                        | SWEDEM               |           | TRYCKSÅR                        |           | NUTRITION                       |           |  |           |
|                        | Täckningsgrad SweDem |           | Andel riskbedömda <sup>1)</sup> |           | Andel riskbedömda <sup>2)</sup> |           | Andel nutritionsrekommendation <sup>3)</sup> |           |
|                        | 2015                 | 2014      | 2015                            | 2014      | 2015                            | 2014      | 2015   | 2014      |
| Danderydsgeriatriken   | 98                   | 98        | 98                              | 98        | 97                              | 98        | 95   | 96        |
| Jakobsbergsgeriatriken | 99                   | 99        | 98                              | 98        | 96                              | 97        | 86   | 89        |
| Stockholmsgeriatriken  | 100                  | 100       | 99                              | 99        | 99                              | 99        | 100  | 100       |
| <b>Totalt</b>          | <b>99</b>            | <b>99</b> | <b>99</b>                       | <b>99</b> | <b>98</b>                       | <b>98</b> | <b>94</b>                                    | <b>96</b> |

| Klinik                 | Kapitel 2                       |           | Kapitel 4                      |            |
|------------------------|---------------------------------|-----------|--------------------------------|------------|
|                        | FALLPREVENTION                  |           | VÅRDPLAN                       |            |
|                        | Andel riskbedömda <sup>4)</sup> |           | Andel vårdplaner <sup>5)</sup> |            |
|                        | 2015                            | 2014      | 2015                           | 2014       |
| Danderydsgeriatriken   | 97                              | 95        | 100                            | 100        |
| Jakobsbergsgeriatriken | 96                              | 96        | 100                            | 99         |
| Stockholmsgeriatriken  | 99                              | 99        | 100                            | 100        |
| <b>Totalt</b>          | <b>98</b>                       | <b>97</b> | <b>100</b>                     | <b>100</b> |

1) Andel vårdtillfällen då man utfört riskbedömning för trycksår enligt Modifierad Nortonskala.

2) Andel vårdtillfällen då patient bedömts enligt regionalt vårdprogram för undernäring.

3) Andel vårdtillfällen då skriftlig rekommendation om nutritionsbehandling (för patienter i riskzonen) överlämnats till övertagande vårdgivare/kommun.

4) Andel vårdtillfällen då man utfört riskbedömning för fall enligt regionalt vårdprogram.

5) Andel vårdtillfällen där vårdplan var upprättad.

## Bilaga 3:2

### Nyckeltal för ASIH-enheter (%).

Samlat resultat presenteras i kapitel 1 och 3.

| Enhet                                  | Kapitel 1                                 |           |   |           | Kapitel 3                                      |           |                                   |            |
|--|---|-----------|---|-----------|--|-----------|-----------------------------------|------------|
|  | SMÄRTA                                    |           | SAMTAL  |           |  |           |                                   |            |
|  | Andel smärtskattade med VAS <sup>1)</sup> |           | Informerande samtal – patienter <sup>2)</sup> |           | Informerande samtal – närstående <sup>3)</sup> |           | Efterlevande-samtal <sup>4)</sup> |            |
|  | 2015                                      | 2014      | 2015  | 2014      | 2015   | 2014      | 2015                              | 2014       |
| Handen                                 | 80  | 75        | 89  | 53        | 100  | 80        | 100                               | 88         |
| Långbro Park<br>Cancerprofilerade      | 82  | 72        | 84  | 85        | 86   | 90        | 84                                | 92         |
| Långbro Park Medicinska                | 87  | 71        | 79  | 57        | 79   | 86        | 87                                | 72         |
| Huddinge <sup>5)</sup>                 | 74  | -         | 92  | -         | 96   | -         | 85                                | -          |
| Nacka                                  | 100                                       | 78        | 94  | 66        | 83   | 89        | 87                                | 83         |
| Palliativa avdelningen<br>Långbro Park | 97  | 96        | 84  | 85        | 90   | 93        | 98                                | 96         |
| Danderyd                               | 93  | 95        | 95  | 96        | 100  | 96        | 100                               | 100        |
| Järfälla Upplands Bro                  | 92  | 88        | 91  | 82        | 91   | 96        | 100                               | 100        |
| Sabbatsberg                            | 99  | 94        | 91  | 61        | 100  | 100       | 100                               | 100        |
| Solna Sundbyberg                       | 86  | 82        | 96  | 88        | 93   | 94        | 100                               | 100        |
| Palliativa avdelningen<br>Jakobsberg   | 100                                       | 97        | 90  | 73        | 98   | 87        | 100                               | 100        |
| <b>Totalt</b>                          | <b>92</b>                                 | <b>83</b> | <b>88</b>                                     | <b>79</b> | <b>92</b>                                      | <b>91</b> | <b>96</b>                         | <b>100</b> |

1) Andel vårdperioder där smärta skattats med VAS vid inskrivning i ASIH.

2) Andel patienter som fått informerande samtal av läkare under sista tiden i livet.

3) Andel närstående som fått informerande samtal av läkare.

4) Andel närstående som erbjudits efterlevandesamtal.

5) Ny enhet från och med mars 2015.

## Bilaga 5:1

### Tillgänglighet vuxenpsykiatriska mottagningar.

Nyckeltal för allmänpsykiatriska mottagningar som belyser olika aspekter av tillgänglighet. Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

| Mottagning                                  | Andel telefon-samtal som besvarats inom godkänd tid (%) | Andel patienter som erbjudits tid inom 30 dagar <sup>1)</sup> (%) |           |
|---|---|---|-----------|
|   |   | 2014 <sup>2)</sup>  | 2015      |
| Affektiva programmet, PSV <sup>3)</sup>     | -   | 89  | -         |
| Allmän psyk Väst NSP                        | 87  | 94  | 94        |
| Allmänpsyk City NSP                         | 91  | 61  | 100       |
| Botkyrka PSV                                | 97  | 73  | 84        |
| Farsta-Skarpnäck PSS                        | 93  | 70  | 79        |
| Huddinge PSV                                | 85  | 73  | 62        |
| Internetpsykiatrienheten, PSV <sup>3)</sup> | -   | 90  | -         |
| Kronan PNV                                  | 97  | 67  | 77        |
| Sigtuna/Uppl Väsby PNV                      | 97  | 78  | 89        |
| Sollentuna PNV                              | 92  | 86  | 94        |
| Södermalm/Gamla stan PSS                    | 97  | 82  | 85        |
| Södertälje                                  | 99  | 58  | 53        |
| Årsta-Vantör PSS                            | 97  | 86  | 91        |
| <b>Totalt</b>                               | <b>94</b>   | <b>75</b>   | <b>82</b> |

PNV = Psykiatri Nordväst

NSP = Norra Stockholms psykiatri

PSS = Psykiatri Södra Stockholm

PSV = Psykiatri Sydväst

1) Data har insamlats på ett enhetligt sätt men registreringsmetodens känslighet för felregistreringar samt oklarheter i definitioner gör att redovisade data inte alltid korrekt avspeglar de verkliga väntetiderna.

2) Ingen telefonmätning gjordes under 2015.

3) Enheten har inte tidigare ingått i väntetidsrapporteringen. Den startade hösten 2015.

## Bilaga 5:2

### Tillgänglighet Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar.

Nyckeltal för BUP-mottagningar som belyser olika aspekter av tillgänglighet. Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

| Mottagning    | Andel telefon-samtal som be-svarats inom godkänd tid (%) | Andel patienter som erbjudits tid inom 30 dagar (%) |           | Andel patienter som påbörjat beslutad åtgärd <sup>2)</sup> inom 30 dagar (%) |           | Antal dagar mellan besök i öppenvård och mellanvård <sup>3)</sup> |           |
|---------------|--|---|-----------|--|-----------|---|-----------|
|               |  | 2014 <sup>1)</sup>                                  | 2015      | 2014   | 2015      | 2014  | 2015      |
| Brommaplan    | 97   | 98  | 94        | 89   | 94        | 11  | 10        |
| Danderyd      | 97   | 83  | 93        | 87   | 93        | 14  | 17        |
| Ektorp        | 97   | 98  | 84        | 93   | 84        | 15  | 19        |
| Farsta        | 97   | 99  | 76        | 91   | 76        | 22  | 19        |
| Globen        | 97   | 100   | 94        | 95   | 94        | 14  | 19        |
| Huddinge      | 98   | 95  | 90        | 92   | 90        | 14  | 25        |
| Jakobsberg    | 98   | 96  | 98        | 97   | 98        | 14  | 6         |
| Kungsholmen   | 97   | 99  | 94        | 98   | 94        | 14  | 11        |
| Skärholmen    | 98   | 96  | 87        | 92   | 87        | 14  | 22        |
| Sollentuna    | 91   | 56  | 89        | 85   | 89        | 15  | 20        |
| Solna         | 98   | 96  | 85        | 82   | 85        | 7   | 14        |
| Södertälje    | 99   | 95  | 96        | 97   | 96        | 15  | 19        |
| Täby          | 97   | 97  | 80        | 84   | 80        | 22  | 15        |
| Akutenheten   | 92   | -   | -         | -  | -         | -   | -         |
| <b>Totalt</b> | <b>97</b>  | <b>93</b>   | <b>94</b> | <b>91</b>  | <b>90</b> | <b>14</b>   | <b>17</b> |

1) Ingen mätning gjordes 2015.

2) Åtgärd innebär fördjupad utredning eller behandling.

3) Genomsnittligt antal dagar (median) mellan senaste besök i öppenvård och första möte med mellanvård.



## Bilaga 5:3

### Tillgänglighet vårdcentraler.

Nyckeltal för vårdcentraler som belyser olika aspekter av tillgänglighet. Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

| Mottagning           | Andel telefonsamtal som besvarats inom godkänd tid (%) |      |
|----------------------|--|------|
|                      | 2015   | 2014 |
| Alby                 | 92   | 58   |
| Axelsberg            | 83   | 69   |
| Barkarby             | 95   | 85   |
| Bergshamra Ulriksdal | 80   | 86   |
| Bollmora             | 48   | 61   |
| Boo                  | 81   | 89   |
| Brandbergen          | 68   | 75   |
| Bredäng              | 97   | 97   |
| Brommaplan           | 79   | 84   |
| Djursholm            | 98   | 99   |
| Djurö                | 98   | 95   |
| Ektorp               | 84   | 90   |
| Enebyberg            | 88   | 89   |
| Essingen             | 97   | 97   |
| Fisksätra            | 84   | 88   |
| Fittja               | 98   | 95   |
| Flemingsberg         | 93   | 93   |
| Forum                | 82   | 80   |
| Gröndal              | 98   | 97   |
| Gustavsberg          | 95   | 92   |
| Gärdet               | 95   | 81   |
| Hagalund Frösunda    | 94   | 98   |
| Hallonbergen         | 97   | 98   |
| Hallunda             | 82   | 88   |
| Handen               | 68   | 60   |
| Huddinge             | 98   | 90   |
| Husby Akalla         | 95   | 95   |
| Hässelby             | 99   | 98   |
| Jakobsberg           | 98   | 82   |
| Johannes             | 95   | 97   |
| Jordbro              | 72   | 64   |
| Kista                | 84   | 92   |
| Korallen             | 98   | 99   |
| Kungsängen           | 92   | 97   |
| Liljeholmen          | 61   | 62   |
| Liseberg             | 83   | 92   |
| Luna                 | 52   | 68   |
| Mörby Centrum        | 94   | 95   |
| Norrviken            | 98   | 95   |
| Riksby               | 99   | 97   |
| Rinkeby              | 87   | 88   |
| Rissne               | 95   | 82   |
| Rotebro              | 95   | 94   |

| Mottagning    | Andel telefonsamtal som besvarats inom godkänd tid (%) |           |
|---------------|--|-----------|
|               | 2015   | 2014      |
| Råsunda       | 92   | 94        |
| Salem         | 98   | 86        |
| Saltsjöbaden  | 91   | 87        |
| Segeltorp     | 95   | 98        |
| Sigtuna       | 88   | 89        |
| Skärholmen    | 56   | 88        |
| Solna         | 34   | 67        |
| Spånga        | 85   | 95        |
| Stocksund     | 98   | 99        |
| Surbrunn      | 97   | 98        |
| Sätra         | 96   | 96        |
| Tallhöjden    | 93   | 81        |
| Tensta        | 95   | 93        |
| Torsvik       | 95   | 89        |
| Traneberg     | 96   | 95        |
| Trollbäcken   | 85   | 92        |
| Trångsund     | 76   | 91        |
| Tullinge      | 98   | 95        |
| Tumba         | 93   | 98        |
| Tureberg      | 97   | 96        |
| Täby          | 81   | 88        |
| Valsta        | 92   | 95        |
| Vendelsö      | 67   | 65        |
| Vårby         | 98   | 99        |
| Älvsjö        | 84   | 86        |
| <b>Totalt</b> | <b>87</b>  | <b>88</b> |

## Bilaga 5:4

### Tillgänglighet primärvårdsrehabilitering (%).

Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

| Mottagning                  | Rehabinsatser inom 1 vardag <sup>1)</sup> |           | Rehabinsatser inom 5 vardagar <sup>2)</sup> |               |
|-----------------------------|---|-----------|---|---------------|
|                             | 2015                                      | 2014      | 2015  | 2014          |
| Bromma Rehab Västra         | 97  | 100       | 100   | 100           |
| Dalen Rehab Södra           | 100                                       | 99        | 100   | 95            |
| Ekerö Rehab Västra          | 100                                       | 98        | <sup>3)</sup>                               | 75            |
| Farsta Rehab Södra          | 97  | 98        | 100   | 100           |
| Haninge Rehab               | 95  | 90        | 79  | 100           |
| Högdalen Rehab Södra        | 86  | 96        | 100   | 100           |
| Järfälla Rehab Nordväst     | 99  | 99        | 100   | 100           |
| Kista Rehab Västra          | 99  | 98        | 100   | 100           |
| Lidingö Rehab               | 99  | 99        | 100   | 100           |
| Luna Rehab                  | 100                                       | 90        | 100   | 87            |
| Märsta Rehab                | 99  | 96        | 80  | 100           |
| Mörby Primärvårdsrehab      | 87  | 89        | 100   | 99            |
| Nacka RehabCentrum          | 98  | 98        | 100   | 100           |
| Rehab Bollmora              | 100                                       | 100       | 100   | 75            |
| Rehab City Kungsholmen      | 98  | 98        | 100   | 96            |
| Rehab City Norrmalm         | 96  | 97        | 100   | 100           |
| Rehab City Östermalm        | 99  | 98        | 100   | 83            |
| Rehab Nordost Täby          | 93  | 86        | 93  | 91            |
| Salem Rehab                 | 80  | 69        | 75  | 100           |
| Solna Rehab Nordväst        | 98  | 95        | 98  | 100           |
| Spånga Rehab Västra         | 96  | 100       | 100   | 100           |
| Sundbyberg Rehab Nordväst   | 99  | 98        | 100   | 100           |
| Södermalm Rehab Södra       | 97  | 99        | 100   | <sup>3)</sup> |
| Tallhöjden Rehab            | 91  | 92        | 88  | 100           |
| Upplands Bro Rehab Nordväst | 100                                       | 99        | 100   | 100           |
| Vallentuna Primärvårdsrehab | 89  | 87        | <sup>3)</sup>                               | 100           |
| Vaxholms primärvårdsrehab   | 96  | 67        | 100   | 60            |
| Värmdö Rehab                | 97  | 99        | 100   | 100           |
| Åkersberga AktivaRe         | 98  | 95        | 86  | 100           |
| <b>Totalt</b>               | <b>97</b>                                 | <b>96</b> | <b>98</b>                                   | <b>98</b>     |

1) Andel patienter utskrivna från sjukhus i behov av fortsatt rehabilitering i hemmet och som erbjudits insatser inom en vardag.

2) Andel patienter utskrivna från korttidsboenden till hemmet och där rehabiliteringsinsatser påbörjats inom fem vardagar.

3) Enheten hade inga patienter utskrivna från korttidsboende där behov av rehabiliteringsinsatser i hemmet funnits.

## Bilaga 5:5

### Tillgänglighet neuroteam (%).

Samlat resultat presenteras i kapitel 6.

| Team                                       | Insats inom<br>2 vardagar <sup>1)</sup> |           |
|--|---|-----------|
|  | 2015                                    | 2014      |
| Neuroteam Haninge/Tyresö/Nynäshamn         | 100                                     | 83        |
| Neuroteam Järfälla Rehab Nordväst          | 98                                      | 98        |
| Neuroteam Lidingö/Danderyd                 | 100                                     | 100       |
| Neuroteam Nacka RehabCentrum               | 99                                      | 100       |
| Neuroteam Rehab Södra                      | 100                                     | 99        |
| Neuroteam Rehab Västra                     | 95                                      | 97        |
| Neuroteam Sigtuna/UpplandsVäsby/Vallentuna | 100                                     | 100       |
| Neuroteam Sundbyberg Rehab Nordväst        | 100                                     | 100       |
| Neuroteam Södertälje                       | 83                                      | 95        |
| Neuroteam Täby Nordost                     | 99                                      | 99        |
| Neuroteam Värmdö                           | 97                                      | 94        |
| Rehab City Neuroteam                       | 99                                      | 99        |
| <b>Totalt</b>                              | <b>97</b>                               | <b>98</b> |

1) Andel patienter som erbjudits insatser inom två vardagar efter sjukhusvistelsen.

## Vanliga förkortningar

|      |  |
|------|--|
| ADD  | Attention deficit disorder               |
| ADHD | Attention deficit hyperactivity disorder |
| ASIH | Avancerad sjukvård i hemmet              |
| BHK  | Basala hygienrutiner och klädregler      |
| BMI  | Body Mass Index                          |
| BVC  | Barnvårdscentral                         |
| BUP  | Barn- och ungdomspsykiatri               |
| ECT  | Electroconvulsive Therapy                |
| EPDS | Edinburgh Postnatal Depression Scale     |
| FaR  | Fysisk aktivitet på recept               |
| HSF  | Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen        |
| KBT  | Kognitiv beteendeterapi                  |
| KOL  | Kronisk obstruktiv lungsjukdom           |
| MHV  | Mödrahälsovård                           |
| MNS  | Modifierad Nortonskala                   |
| PDT  | Psykodynamisk psykoterapi                |
| SKL  | Sveriges kommuner och landsting          |
| SLL  | Stockholms läns landsting                |
| SLSO | Stockholms läns sjukvårdsområde          |
| VAS  | Visual Analog Scale                      |

**Redaktion:** Katja Bertell, Peter Carlberg, Eva Gerlofson, Gunnel Jonsson, Joachim Ljungh Stenström och medarbetare i SLSO.

**Produktion:** Verksamhetsstöd Kommunikation SLSO.

**Foto:** ©Yanan Li.

**Illustrationer:** Martin Thelander, karta insida pärm.  
Linda Nordfors, mönster insida pärm.

**Prepress och tryck:** Henningsons Tryckeri AB.

Tack alla som medverkat!

Ett särskilt tack till patienter och medarbetare som ställt upp för fotografering på Gustavsbergs vårdcentral, Rehab City, Livsstilmottagningen, Hallonbergens vårdcentral, Jakobsbergsgeriatriken, Stockholms centrum för ätstörningar, ASIH Jakobsberg, ASIH Långbro Park, Psykiatri Sydväst M76-M78, Psykiatri Sydväst TIPS, Tranebergs vårdcentral, Habilitering & Hälsa Center för sinnesstimulering Korallen, Habilitering & Hälsa Puffa träningscenter, Rotebro vårdcentral och Farsta barnmorskemottagning.

© Stockholms läns sjukvårdsområde 2016

