Stockholms läns sjukvårdsområde
*Närsjukvårdsdirektören*

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2025-02-06

SLSO 2025-0582

# Patientsäkerhetsberättelse 2024 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivare dokumentera sitt årliga patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska vara färdigställd och tillgänglig för den som önskar ta del av den senast den 1 mars året efter.

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) patientsäkerhetberättelse 2024 var färdigställd 2025-02-06.

Berättelsen har flera syften, i första hand bättre uppföljning av och kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom förenklar den för andra intressenter exempelvis patienter, allmänheten, andra vårdgivare och patientorganisationer att få tillgång till information om patientsäkerhets-arbetet samt underlättar också Inspektionen för Vård och Omsorgs (IVO) tillsyn av verksamheten.

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

## Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen 2024 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Maria Ohlson Andersson
Närsjukvårdsdirektör

Ola Broström
Chefläkare

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

# Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) År 2024




Datum: 24-02-06
Ansvarig för innehållet: Maria Ohlson Andersson
Diarienummer: SLSO 2025-0582

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

# Innehåll


SAMMANFATTNING ..... 4
Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador ..... 5
Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer ..... 5
Fokusområde 3 – Säker vård här och nu ..... 5
Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling ..... 6
Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap ..... 6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD ..... 7
Engagerad ledning och tydlig styrning ..... 7
Övergripande mål och strategier ..... 7
SLSO:s ledningsmodell ..... 7
Riskhantering ..... 7
ORGANISATION OCH ANSVAR ..... 8
Roller och ansvarsfördelning ..... 8
Chefläkare och verksamhetsstöd ..... 8
Socialstyrelsens nationella handlingsplan ..... 8
Ledningssystem och egenkontroll ..... 8
Samverkan för att förebygga vårdskador ..... 9
Informationssäkerhet ..... 9
Strålskydd ..... 10
En god säkerhetskultur ..... 10
Adekvat kunskap och kompetens ..... 11
Patienten som medskapare ..... 12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD ..... 15
Egenkontroll ..... 16
Öka kunskap om inträffade vårdskador ..... 16
Bedömning av vårdskador ..... 16
Anmälan av brister i säkerheten ..... 18
Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten ..... 18
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering ..... 18
Granskning av läkemedelsavvikelser ..... 18
Vårdrelaterade infektioner ..... 20
Tillförlitliga och säkra system och processer ..... 20
Suicidpreventivt arbete ..... 20
Säker läkemedelshantering ..... 21
Läkemedelsgenomgångar ..... 21
Dosdispenserade läkemedel ..... 21
Kloka listan ..... 21
Antibiotikaförskrivning ..... 22
Basala hygienrutiner och klädregler ..... 23
Säker vård här och nu ..... 24
Läkemedelsförsörjning ..... 24
Nya avtal för läkemedelsförsörjningen ..... 25
Stärka analys, lärande och utveckling ..... 25
Läkemedelsbiverkningar ..... 26
Nationella läkemedelslistan (NLL) ..... 26
Synpunkter och klagomål ..... 26
Synpunkter och klagomål direkt till verksamheterna ..... 26
Patientvägledare ..... 27
Synpunkter och klagomål via Patientnämnden och IVO ..... 27
Analys av synpunkter och klagomål ..... 28
Öka riskmedvetenhet och beredskap ..... 29

Krisberedskap .....29
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....31

# SAMMANFATTNING

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) erbjuder vård i livets alla skeden för alla åldrar och svarar för Region Stockholms egenägda primärvård, psykiatri, närakutverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, habilitering, tolkcentral, avancerad sjukvård i hemmet, geriatrik, akademiskt specialistcentrum och centrum för cancerrehabilitering.

Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt stärkts och utvecklats. Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024, Agera för säker vård, har implementerats genom utbildningar, intranät (INSIDAN) och övergripande anvisningar. Region Stockholms regionala handlingsplan för patientsäkerhet på övergripande huvudmannanivå är vägledande för SLSO:s årliga handlingsplan. Aktiviteter identifieras för ökad patientsäkerhet, för att bidra till att regionens mål uppnås. Arbetsinsatser har genomförts i enlighet med strukturen för den nationella handlingsplanens fem fokusområden. Några exempel återges här:

- För att öka kunskap om inträffade vårdskador och behov av åtgärder på systemnivå har klassifikation av alla utredningar av allvarliga vårdskador genomförts. Återkoppling och dialog kring åtgärder för att förhindra liknande händelser har skett löpande under året vid nätverksträffar med medicinskt ledningsansvariga läkare, MLA, och under olika former av ledningsmöten.
- Användning av Infektionsverktyget för att systematiskt arbeta med minskning av vårdrelaterade infektioner i verksamheten.
- Stöd har givits till verksamheterna genom ansökningar om övergripande generella licenser för läkemedel för säker vård här och nu.
- För att stärka analys, lärande och utveckling genomfördes utbildningar inom patientsäkerhet för olika målgrupper.
- För ökad riskmedvetenhet och beredskap har SLSO:s beredskapssamordnare (BSO) samt civil försvarsamordnare arbetat med fokus på riskmedvetenhet och beredskap gällande träning, simulering och kompetensutveckling.

Resultatenheterna följer SLSO:s ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, vilket kontinuerligt uppdateras i enlighet med övergripande regelverk. Resultatenheterna upprättar en årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och skriver en egen patientsäkerhetsberättelse. Alla resultatenheter i SLSO använder Socialstyrelsens mall baserad på Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024, Agera för säker vård.

Patientsäkerhetsarbetets fokus ska alltid vara proaktivt och riskförebyggande. Genom medarbetares avvikelserapportering identifieras patientsäkerhetsrisker i vården. I avvikelserapporteringssystemet HändelseVis görs en vårdskadebedömning av de negativa händelser som haft konsekvenser för patienten.

En mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs i samband med den årliga medarbetarenkäten. I mätningen ingår nationellt gemensamma frågor s.k. HSE-frågor (Hållbart Säkerhets Engagemang). SLSO:s HSE-index ligger kvar på 76, samma resultat som år 2023. Regionens index var också 76.

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. Det totala antalet inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) har minskat från 970 år 2023 till 882 år 2024.

Antalet klagomål inkomna via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) minskade, från 194 år 2023 till 150 år 2024. Förklaringen till minskningarna kan vara den stora ökningen av klagomål via e-tjänsten "Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare" via1177. Dessa har ökat från 4391 år 2023 till 5135 år 2024. Denna e-tjänst är succesivt införd i alla SLSO verksamheter och de sista enheterna anslöts under 2024.

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2025 med prioriteringar inom samtliga fem fokusområden. För 2025 blir de fem fokusområdena även SLSO:s Handlingsplan för patientsäkerhet. Uppföljning av Handlingsplanen för 2024 visar följande:

### Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador

Standardiserad uppföljning av lex Maria-ärenden per vårduppdrag vad gäller genomförda åtgärder, avsedd effekt samt behov av åtgärder på systemnivå har genomförts under 2024 i syfte att sprida lärande och förhindra upprepning av liknande händelser. Återkopplingen har givits till verksamhetsområdeschefer, verksamhetschefer samt olika forum för patientsäkerhet, ex. MLA-nätverk, patientsäkerhetssamordnarnätverk och chefsöverläkare. Alla lex Maria-ärenden klassificeras standardiserat med samma nyckelord som IVO använder för att kunna jämföra statistiken. Orsaker till lex Maria i SLSO överensstämmer med den nationella statistiken som IVO tar fram. De vanligaste orsakerna för lex Maria i SLSO gäller vård och behandling, diagnosticering samt läkemedelshantering.

### Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer

#### Digitalisering

En färdplan för digitalisering är framtagen inom SLSO där ingående aktiviteter som omfattar nya arbetssätt eller nya digitala verktyg särskilt kravställs att förhålla sig till övergripande anvisning Metoder för diagnostik, vård och behandling och att genomföra en riskanalys utifrån patientsäkerhetsperspektiv.

#### Systematiskt patientsäkerhetsarbete avseende användning av Medicinteknisk utrustning

Patientsäkerhet i samband med hantering av medicintekniska produkter är en viktig aspekt inom hälso- och sjukvården. För att säkerställa att SLSO arbetar med säkra och tillförlitliga medicintekniska produkter och system har det genomförts en omfattande inventering av alla medicintekniska produkter inom alla verksamhetsområden.

Förutom detta arbetar SLSO aktivt med att identifiera processer och rutiner inom det medicintekniska området för att stödja verksamheterna, så att varje enhet inte behöver hantera frågan individuellt.

SLSO arbetar också kontinuerligt med att öka kunskapen om medicintekniska produkter och det ansvar som följer med vid användningen av dessa, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) under hela produktens livscykel.

### Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

Systematiskt arbete med HSE-resultat sker i samband med arbetet för hela Medarbetarundersökningen i varje resultatenhet i samband med att enheterna får sina resultat. Workshops har erbjudits under 2024 men verksamheten har bedömt att det inte behövs då arbetet med HSE-frågorna sker naturligt på enheterna med samma metodik som för resultatet för hela medarbetarundersökningen. PÅ BAS-utbildning för chefer genomgås metoder för att stärka och utveckla patientsäkerhetskulturen.

**Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling**

För 2024 var det obligatoriskt för chefer att genomföra Socialstyrelsens utbildning ”Agera för säker vård”. Detta har följts upp inom primärvården vid de obligatoriska grundutbildningarna inom patientsäkerhet för MLA och verksamhetschefer.

Intentionen för 2024 var att målgruppsanpassa ”Agera för säker vård” genom rekommendationer för val av moduler till olika målgrupper inom SLSO. Bedömningen under året har dock varit att urvalet behöver ske inom varje resultatenhet och rekommendationen blir i stället att varje resultatenhet väljer ut hela eller delar av utbildningen ”Agera för säker vård” för sina medarbetargrupper. Detta arbetssätt har fungerat väl på många enheter under året.

Under 2024 erbjöds tre sammanhängande moduler framtagna inom konceptet Digital kompetens och patientsäkerhet vid arbete med digitala system och tjänster.

- Sökord för våld i nära relationer
- Orosanmälan
- Låsa, försegla och spärra journaler - när man ska göra vad?

Verksamheterna kommer att kunna använda utbildningsmaterialet under 2025 vid lokala dialogträffar på enheten:

**Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Stickprov av lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner har gjorts av beredskapssamordnaren, i syfte att förbättra vägledning och mallar för lokala planer och sprida goda exempel. En sammanställning av lärdomarna färdigställs i slutet av året.

Kvalitetsindikatorer för uppföljning av patientsäkerhet som tas fram på nationell nivå kan bli ett viktigt arbetsinstrument för SLSO:s och verksamheternas handlingsplaner under kommande år.



# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

## Engagerad ledning och tydlig styrning

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) erbjuder vård i alla livsskeden och för alla åldrar. Verksamheten omfattar primärvård, psykiatri, närakuter, hjälpmedelsverksamhet, habilitering, tolkcentral, avancerad hemsjukvård, geriatrik, akademiskt specialistcentrum och cancerrehabilitering. SLSO:s uppdrag och ersättning regleras i avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) enligt Region Stockholms beställar- och utförarmodell.

SLSO:s vision är ”Rätt vård när och där du behöver den”. Värdegrunden bygger på ”Patientens fokus, allas lika värde och arbetsglädje”. Verksamheterna är organiserade i självständiga resultatenheter, exempelvis vårdcentraler, psykiatriska eller geriatriska kliniker, där beslut fattas nära patienter och medarbetare.

## Övergripande mål och strategier

Region Stockholms arbete med mål, planering och uppföljning utgår från en modell för integrerad ledning och styrning (ILS). Regionfullmäktige fastställer i budgeten vision, inriktningsmål, verksamhetsmål och indikatorer som mäter måluppfyllelse.

SLSO:s nämnd beslutar om övergripande mål och indikatorer baserat på fullmäktiges budget, vårdöverenskommelser och interna förbättringsområden. Resultatenheterna anpassar målen i aktivitetsplaner utifrån sina specifika uppdrag och avtal med HSN. Måluppfyllelse rapporteras till nämnden.

## SLSO:s ledningsmodell

SLSO arbetar enligt en ledningsmodell där resultatenheterna har decentraliserat verksamhets- och resultatansvar. Resultatenhetscheferna ansvarar för att uppfylla avtalen med HSN inom tilldelad budget och enligt SLSO:s reglemente. Detta regleras i delegationsordning och chefskontrakt.

SLSO:s ledningssystem följer Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Organisationen är certifierad enligt ISO 9001:2015 (kvalitet), ISO 14001:2015 (miljö) och ISO 45001:2018 (arbetsmiljö). Det systematiska patientsäkerhetsarbetet revideras årligen.

Patientsäkerhet innebär att förebygga vårdskador, som definieras som lidande, fysisk eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder hade vidtagits. Allvarlig vårdskada innebär bestående och inte ringa skada, ökat vårdbehov eller dödsfall.

SLSO arbetar gentemot regionens nollvision för undvikbara vårdskador genom ett strukturerat patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Riskförebyggande arbete, ständigt lärande och förbättring är centrala delar.

## Riskhantering

Riskinventering och riskanalys är grunden för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Resultatenheterna genomför riskanalyser och tar fram handlingsplaner baserade på avvikelserapporter, klagomål och synpunkter. Handlingsplanerna och patientsäkerhetsarbetet sammanfattas i årliga patientsäkerhetsberättelser.

Patientens delaktighet i vård, behandling och uppföljning är en viktig faktor för säker vård. Årshjulet *Årsplanering för patientsäkerhetsarbete* stödjer resultatenheterna i deras systematiska arbete.

# ORGANISATION OCH ANSVAR

## Roller och ansvarsfördelning

SLSO:s nämnd har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten. Resultatenhetschefen, som också är verksamhetschef, ansvarar för patientsäkerheten inom sin enhet enligt Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

Patientsäkerhetsarbetet inom resultatenheterna leds av verksamhetschefen med stöd av medicinskt ledningsansvariga läkare, chefsöverläkare, enhetschefer och lokala patientsäkerhetssamordnare. För primärvården finns en kvalitets- och patientsäkerhetsstrateg som stöttar medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA).

Alla medarbetare ansvarar för att bidra till patientsäkerhetskulturen och rapportera risker och avvikelser. Varje resultatenhet beskriver sin patientsäkerhetsorganisation och sitt arbete i patientsäkerhetsberättelsen.

## Chefläkare och verksamhetsstöd

Chefläkare och Verksamhetsstöd patientsäkerhet utvecklar SLSO:s ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De erbjuder expertstöd, utbildning och rådgivning gällande frågor om vårdhygien, läkemedel och patientsäkerhet. Chefläkare bistår vid tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och hanterar risker, avvikelser och vårdskador. Chefläkaren har delegation att fatta beslut enligt Lex Maria och ansvarar för att anmäla allvarliga vårdskador eller risk för vårdskador till IVO, i enlighet med Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

## Socialstyrelsens nationella handlingsplan

SLSO implementerar Socialstyrelsens handlingsplan Agera för säker vård 2020–2024 genom utbildningar, riktlinjer och interna anvisningar. Från 2024 är utbildningen Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet obligatorisk för alla chefer.

## Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystemet innebär ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i syfte att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet för kvalitet ger stöd för ledning och styrning av verksamheten på olika nivåer. De övergripande anvisningarna och annat gemenensamt stödmaterial presenteras på intranätet INSIDAN. Under året har en samlad portalsida för ledningssystemet skapats för att förenkla struktur för ledningssystemet och göra det mer tillgängligt och lättare att hitta övergripande anvisningar och annat stödmaterial. I SLSO används det digitala verktyget Stödet för att dokumentera och följa aktivitetsplaner, mål och indikatorer på olika nivåer i SLSO.

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. Detta omfattar uppföljning av en årlig internkontrollplan som bygger på en övergripande riskanalys. Ett urval av resultatenheterna genomgår årligen en systematisk intern revision inom ett antal riskområden och strategiska områden. Inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet genomför varje resultatenhet en egen årlig handlingsplan för patientsäkerhet, uppföljning, egenkontroll samt patientsäkerhetsberättelse.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

SLSO samverkar med andra vårdgivare och kommunal verksamhet för att erbjuda en sammanhållen vårdkedja och stärka patientsäkerheten. Vid utskrivning från slutenvård används verktyget Lifecare SP för säker informationsöverföring. En samordnad individuell planering (SIP) erbjuds när det finns behov av insatser från både hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

I samverkan med Karolinska Institutet bedriver SLSO forskning och utbildning inom primärvård, geriatrik, psykiatri, somatisk specialistvård, habilitering, palliativ vård och folkhälsa samt inom kris- och katastrofpsykologi.

Sedan 2023 finns en uppdragsbeskrivning för geografiskt samordnande husläkarmottagningar (GSA) där den utsedda husläkarmottagningen ansvarar för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen vänder sig till. Att samordna samverkan på strukturell nivå innebär att organisera och sammankalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna i området. En del av denna samverkan och strukturella mötesform har lett till att husläkarmottagningar och närliggande psykiatri har upprättat lokala samverkansdokument för att lättare nå varandra och samarbeta i enskilda patientärenden.

Säkra digitala möten sker genom applikationen Alltid öppet. Tjänsten har breda användningsområden och möjliggör samverkan genom flerpartsmöten mellan olika vårdaktörer och representanter från kommuner tillsammans med patienten och närstående.

## Informationssäkerhet

SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete utgår från Region Stockholms övergripande ledningssystem för informationssäkerhet. Ledningssystemet utgår från ISO 27000-standarden där målbilden är att följa Region Stockholms policy för verksamhetsskydd och Riktlinje för informationssäkerhet vilka fastslogs av regionfullmäktige under 2021. För att stärka styrningen av informationssäkerheten i Region Stockholm har en compliance-process tagits fram som stöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete. Denna tillämpas inom SLSO och stödjer verksamhetsledningen i det kontinuerliga arbetet med styrning, egenkontroll och utvärdering av informationssäkerheten. En compliance-genomgång är en så kallad gap-analys där avvikelser från önskat läge identifieras med syftet att arbeta för ständigt förbättrad informationssäkerhet.

Användningsområden för compliance-processen är primärt:

- Strategisk styrning – Används för egenkontroll och för att identifiera förbättringsåtgärder av SLSO:s informationssäkerhet ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- Verksamhet – Används för att genomföra egenkontroll av den administrativa informationssäkerheten hos varje verksamhet.
- IT-system – Används för att genomföra egenkontroll av ett IT-systems informationssäkerhet samt för att identifiera och genomföra åtgärder för förbättring av IT-säkerheten.

Compliance-processen indikerar att SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete kontinuerligt förbättras, men det finns utrymme för förbättring och förändring.

Förbättringar och förändringar har genomförts under året där det bland annat informeras mer och tydligare gällande obligatoriska utbildningar samt som SLSO har startat ett omfattande informationssäkerhetsprojekt. I SLSO:s internrevision finns frågor kring compliance-processens genomförande.

## Strålskydd

Strålsäkerhetsbokslutet som genomförts av Karolinska Universitetssjukhus innefattar även SLSO.
Se: Strålsäkerhetsbokslut - Verksamhet med joniserande strålning vid Karolinska Universitetssjukhuset

## En god säkerhetskultur

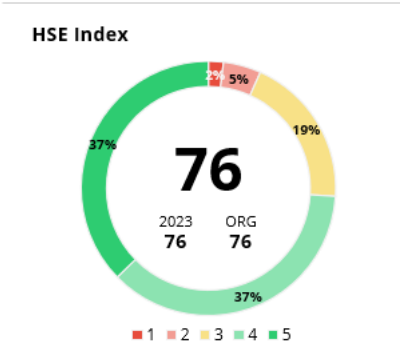



Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare, från ledning till vårdteamens och medarbetares dagliga arbete. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts en gång per år via en digital medarbetarenkät. De nationella HSE-frågorna redovisas med ett index. Resultatet av mätningen kan användas som underlag för förbättringsarbete kring alla eller utvalda frågor. Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en ögonblicksbild av hur patientsäkerheten upplevs på arbetsplatsen.

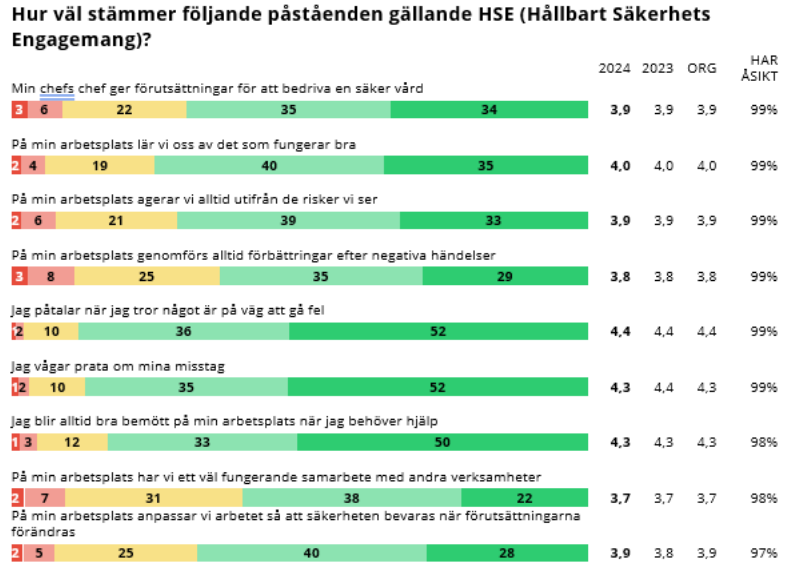
**Mål:** Resultatenheterna ska följa upp sitt resultat.

**Resultat:** SLSO:s index ligger kvar på 76, samma resultat som år 2023. Om man tittar på varje fråga separat ligger alla frågor utom två på samma resultat som år 2023. Den fråga som fått ett högre resultat är *På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras.* Den fråga som fått ett lägre resultat är *Jag vågar prata om mina misstag.* Regionens index är 76. Antal svaranden inom SLSO 2024 har ökat med 1000 till 8245.

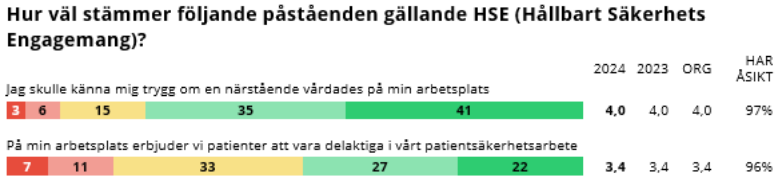
**Hållbart Säkerhetsengagemang, SLSO:**




*Figur 1. HSE-index.*




*Figur 2. HSE- Delfrågor. De nio nationella frågorna.*




*Figur 3. HSE Övriga frågor. Utvalda kompletterande frågor.*

**Analys av resultat:** Varje enhet får ett eget resultat för medarbetarenkät inklusive HSE-frågor för analys. Åtgärder ska tas fram för fortsatt förbättringsarbete. Mätningen ger vägledning till chefer på olika nivåer. Resultatet på varje separat fråga ger också cheferna en vägledning om vad som behöver stärkas under kommande år och ska framgå i verksamhetens handlingsplan för patientsäkerhet. I årshjulet för patientsäkerhet finns aktiviteter för arbetet med HSE-resultatet. HSE-mätningens resultat redovisas i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse.

**Åtgärd och uppföljning:** SLSO följer det övergripande resultatet på HSE-enkäten.

Hur arbetet ska ske med resultatet på HSE-enkäten tas upp på BAS-utbildning för nya chefer. Vid intern revision har handlingsplaner granskats och enhetens resultat av HSE-enkäten diskuterats.

## Adekvat kunskap och kompetens




Bemanningen planeras utifrån ställda krav på verksamheten. Medarbetarsammansättning, kompetensbehov och bemanningstal i slutenvården vid olika tider på dygnet utvärderas regelbundet för att svara mot arbetsmiljö-, patientsäkerhet- och vårdleveranskrav. Genom att följa vårdtyngden regleras antalet inskrivna patienter i slutenvården när behov uppstår. Kompetens- och fortbildningsbehov samt planer ses regelbundet över på resultatenhetsnivå, enhetsnivå samt individuellt mellan chef och medarbetare exempelvis vid medarbetarsamtal. Vid SLSO:s årliga internrevision inom ramen för Ledningssystem för kvalitet och arbetsmiljö ingår frågor kring adekvat kompetens och bemanning.

I psykiatrins slutenvård görs kontinuerliga bedömningar av enheternas aktuella situation. I bedömningen tas hänsyn till hur platssituationen ser ut, antalet extravak och medarbetarsammansättning. Även risk för hot- och våldssituationer beaktas och även att medarbetare i tjänst har kunskap i hot- och våldspreventivt arbete. I samband med semesterplanering säkras att det finns tillräckligt med ordinarie medarbetare i tjänst.

Egenkontroller av kvalitetsdata följs regelbundet i verksamheten på enhets- och verksamhetsnivå. Riskronder redovisas på resultatenhetsnivå och enhetsnivå. Särskilda händelseanalysgrupper finns vid varje verksamhet inom geriatrik och ASIH för utredning av risker, tillbud och skada. Inom psykiatrin och habiliteringen finns patientsäkerhetsgrupper och även utsedda patientsäkerhetssamordnare i respektive verksamhet som deltar i nätverksträffar.

För primärvården har en specialist i allmänmedicin haft en strategisk roll för kvalitet och patientsäkerhet i syfte att stärka patientsäkerheten genom utbildning och regelbundna nätverksträffar för medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) samt verksamhetschefer. Under året har dessa träffar genomförts i samverkan med chefläkarfunktionen vid sex tillfällen. Innehållet i träffarna omfattar MLA-uppdraget, grundutbildning i patientsäkerhet, utredning av vårdskador, riskhantering samt dialog och lärande kring inträffade vårdskador och riskbedömningar.

Under 2024 har det även genomförts utbildningar och nätverksträffar kring patientsäkerhet för verksamhetschefer och MLA inom Akademiskt specialistcentrum, Centrum för cancerrehabilitering, Närakuter, Primärvårdsrehabilitering samt Cancerrehabilitering. Chefläkare har regelbundna avstämningar gällande patientsäkerhet i psykiatrins ledningsgrupp, PLG och på återkommande möten för alla chefsöverläkare.

Inom verksamheterna arbetas kontinuerligt med frågor om kompetensutveckling och fortbildning där patientsäkerhet ingår. Ett exempel inom psykiatrin är det systematiska arbetet med diagnosrelaterade gemensamma vårdprocesser. Under året har processkartorna förenklats och gjorts mer tillgängliga digitalt. Inom ramen för projektet ”Psykiatri 2025” arbetar psykiatrin med ett omfattande utvecklingsarbete innefattande bland annat tillgänglighet, psykosvård, ADHD-behandling och äldrepsykiatri.

Ett samarbete mellan vårdenheter och forsknings- och utvecklingsenheter (USV-enheter) inom SLSO sker kontinuerligt. Här ges möjlighet till både erfarenhetsutbyte och information om aktuella utbildningsinitiativ för medarbetare och arbetsgrupper. Kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete ingår som en viktig del av utvecklingsarbetet i vården.

Under 2024 har chefer, ledningsgrupper och MLA uppmanats att i smågrupper genomföra Socialstyrelsens utbildning ”Agera för säker vård”. Utbildningen har under 2024 varit obligatorisk för chefer inom SLSO. För primärvården har utbildningen varit obligatorisk inför deltagande i grundutbildning i patientsäkerhet för medicinskt ledningsansvariga läkare.

## Patienten som medskapare




En grundläggande förutsättning för en säker vård i SLSO, är patientens och de närståendes delaktighet. När patienter vet varför och på vilket sätt olika moment genomförs ökar sannolikheten för att vårdförloppet blir korrekt och att avvikelser uppmärksammas och åtgärdas.

SLSO önskar att patienter är delaktiga i sin vård. Patienten behöver få kvalitativ och anpassad information om sin vård och behandling. Delaktigheten utgår från patientens önskemål. En patient som ej önskar eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska ändå får anpassad vård.

Patienter och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kunskap om förekomst av klagomål och synpunkter från patienter och närstående finns och omhändertas på alla nivåer inom SLSO. Lärande och förbättringsåtgärder utifrån klagomål och synpunkter är en viktig del i verksamhetens förbättringsarbete.

Sedan flera år hålls regelbundna möten med SLSO Samverkansråd och SLSO Pensionärsråd för samverkan med patient- och pensionärsorganisationer i frågor som rör SLSO:s verksamheter.

Under 2024 har vi arbetat med att ta fram en ny SLSO-övergripande anvisning ”Vuxna som närstående”. I denna tydliggörs att närstående är en viktig resurs i vården, både för den enskilda patienten och för personalen. I anvisningen framgår att samråd ska ske med närstående om det inte är olämpligt. Vi ser att ökad delaktighet av närstående viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv och har i ett antal vårdskadeutredningar kunnat identifiera bristande involvering av närstående som en viktig faktor i händelseutvecklingen.

Patientenkäter av olika slag genomförs regelbundet i verksamheterna för att få mått på patienters upplevelse av information, trygghet och delaktighet. Dessa bidrar med information till de lokala förbättringsarbetena utifrån de resultat som erhålls. Diskussion pågår om hur patientenkäter ska användas kommande år.

Om en vårdskada skulle uppkomma informeras patient/närstående om det inträffade. Vid vårdskadeutredningar intervjuas patient/närstående för att beskriva sin upplevelse av händelsen. Återkoppling ges också efter avslutad utredning med information om vilka åtgärder som vidtagits.

Inom psykiatrin är patienter och närstående som medskapare en integrerad del av verksamheten. Vid varje psykiatrisk verksamhet arbetar minst en delaktighetsamordnare (DELSAM). Denna person har egen erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa som patient eller som närstående. DELSAM bidrar med patient- och närståendeperspektivet i verksamhetens olika delar. DELSAM samverkar med andra funktioner för vårdutveckling, patientsäkerhet och kvalitet. Det finns sedan tidigare en övergripande anvisning om brukarinflytande för verksamheterna inom SLSO:s psykiatri. Under 2024 har anvisningen bytt namn till ”Patienten som medskapare i personcentrerad vård”, uppdaterats och anpassats till Svensk standard SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård. Nya inslag i anvisningen är:

- förändring av begrepp där ”brukare” ersätts av ”patient” respektive ”närstående”
- Patientens berättelse och sjukdomsupplevelse
- Partnerskap
- Dokumentation, vårdplan och informationsdelning
- Patientdelaktighet och verksamhetens engagemang inom ledning, organisation och beslutsfattande ersätter det tidigare begreppet brukarinflytande.

Inom varje psykiatrisk verksamhet finns ett patient- och närståenderåd (PoN). Det finns också ett övergripande strategiskt patient- och närståenderåd i verksamhetsområde psykiatri. I verksamheternas operativa PoN sitter representanter från patient- och närståendeföreningar tillsammans med ledningsrepresentanter. PoN syftar till att ge representanterna insyn i verksamheternas arbete och ta del av aktuell information. Inom råden kan det tillsammans med verksamhetsrepresentanter även bildas arbets- eller beredningsgrupper kring olika frågor på verksamheternas eller föreningarnas initiativ.

Patientforum erbjuds på alla avdelningar inom den psykiatriska heldygnsvården, där DELSAM tillsammans med respektive chef på vårdenheten träffar de patienter som vill medverka. Patienterna får en

möjlighet att ge sina synpunkter på enheten och innehållet av vården. Under 2024 har 1347 patientforum anordnats på 61 olika avdelningar där totalt 4 527 patienter deltog. Under året har vi också börjat implementera närståendeforum. Vi har under året genomfört 153 närståendeforum med 330 deltagare.

Minnesanteckningar från patientforum och patientenkäter sammanställs i en databas, vilken utgör ett underlag för att ta ut olika rapporter och används i utveckling- och patientsäkerhetsarbetet. Man har inom psykiatrin under 2024 skapat en webbplats på intranätet där man samlar all info gällande patienten som medskapare.

Verksamhetschef från Habilitering och hälsa träffar patientföreningar/intresseorganisationer två gånger per år i en samverkansgrupp. Habiliteringens infoteam bjuder in intresseorganisationerna regelbundet för att få input om aktuella behov.

Information om Habiliteringens arbete finns nu även som utskrivbara PDF-filer på 12 språk. Informationen finns sedan tidigare också på habilitering.se.

Man har tillsammans med BUP under året även tagit fram tio korta filmer om autism och ADHD på arabiska. Dessa nås via habilitering.se och även på Habilitering & Hälsas YouTube-kanal.

Målsättningen med den forskning som pågår i verksamheten är att forskningsresultaten ska ge patientnytta i form av effektiv och säker vård av god kvalitet. Arbetet med materialet "Min habilitering" har fortsatt för att göra patienten mer delaktig i sin vård där man under året också har inkluderat barn.

Exempel på aktuella projekt inom området inkluderande habiliteringsforskning är ett treårigt projekt med ”Navigator ACT” som vänder sig till föräldrar och syftar till att minska föräldrastress. Ett delresultat visar minskad stress och psykisk ohälsa hos deltagarna. Föräldrar har aktivt medverkat i projektets alla faser från skapande av insatsen till utförande och utvärdering.

Tjänsten ”Synpunkter och klagomål” har implementerats inom Habiliteringen under 2024. Under året inkom 68 ärenden via funktionen.

Vid Akademiskt specialistcentrum (ASC) har Patientrådet en central roll i patientsäkerhetsarbetet samt verksamhetsutvecklingen. Här diskuteras en stor mängd frågor som rör verksamheten såsom till exempel mottagningens utformning, läkemedelstillgång, arbetssätt, konsekvenser av politiska beslut, säker övergång mellan vårdenheter inom regionen (tex från barn- till vuxenklinik) och många andra ämnen som berör patientsamverkan och patientsäkerhet. Patientrådet träffas cirka sex gånger per år. Under 2024 höll verksamhetschef och verksamhetsutvecklare på ASC i ett seminarium på Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetsdag som belyste tre exempel från verksamheten gällande patientsäkerhetsarbete i nära samverkan med patientorganisationerna:

- Utveckling av särskild transitionsmottagning för unga vuxna i samverkan med Unga reumatiker,
- Rutin vid införande av ändrade arbetssätt i samverkan med Diabetes Stockholm samt
- Läkemedelsuppföljning via Alltid öppet i samverkan med Riksförbundet Obesitas Sverige.

På Centrum för cancerrehabilitering har under hösten 2024 ett projekt för ökad patient- och närståendedelaktighet startats. Patient- och närståendedelaktighet kommer att säkerställas på flera nivåer och ske systematiskt med implementering våren 2025. Exempel på aktiviteter är utveckling av rutiner för dokumentation samt regelbundna möten med patient- och närståenderepresentanter terminsvis. Nära samarbete med patientorganisationer samt patient- och närståenderådet på Regionalt cancercentrum är andra viktiga aktiviteter.

Närståendeutbildning och stöd erbjuds inom geriatriken på kognitiva mottagningen och osteoporosmottagningen. Den nystartade osteoporosskolan på Sabbatsbergsgeriatriken är mycket

uppskattad och en stor vinst för den enskilde patienten då vårdformen främjar individens delaktighet i sin vård och egenvård.

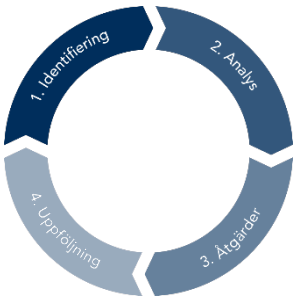
Inom ASIH är närstående extra viktiga för att vården runt den svårt sjuke ska vara säker och effektiv. Vid inskrivning erbjuds de patienter som har behov av teamets insatser att boka närståendesamtal som gärna kan ske helt, eller delvis, digitalt för att möjliggöra flera närståendes medverkan och deltagande. Tidigt inkluderande ökar närståendes kunskap, insikt och benägenheten att rapportera försämring eller avvikelser till ansvariga i ASIH-teamet som snabbare kan vidta åtgärder.

Tolk erbjuds vid behov och kan även medverka i digitala möten. Målsättning är att alla patienter som har behov även ska erbjudas medverkan av auktoriserad tolk vid samtal med behandlande läkare/sjuksköterska.

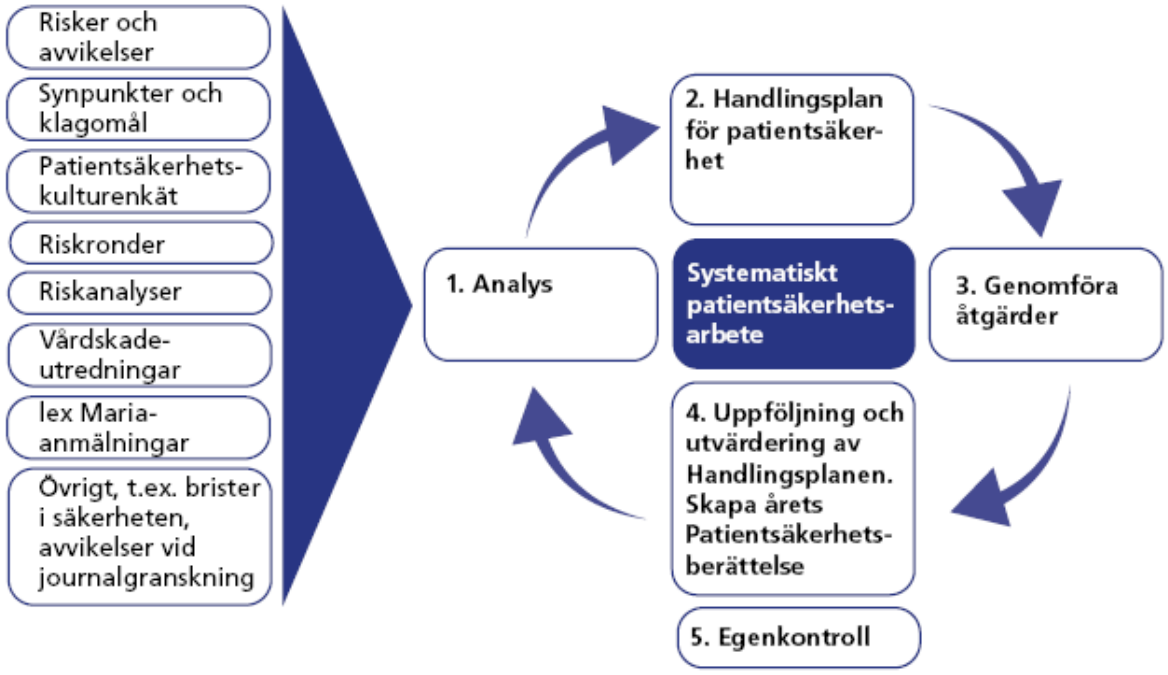
För att stärka patientens delaktighet har samtliga närakuter infört digital registrering under året. Detta är en metod där patienten själv, vid ankomst till närakuten, via ett formulär i Alltid öppet med egna ord förklarar sina besvär. Detta blir ett underlag till sjuksköterskans triagering. Patientens beskrivning av sina besvär följer på så vis med genom hela akutbesöket och blir också ett underlag för läkarens journalanteckning.

Inom SLSO primärvård och närakuter har man under 2024 fortsatt att implementera standardiserade arbetssätt gällande patientens delaktighet kring förväntat vårdförlopp samt när patienten behöver höra av sig till vården igen om förbättring uteblir eller försämring av tillståndet sker. Metoden man arbetat med kallas ”Trygga Råd” eller ”Safety-netting”. Arbetssättet stöds av sökord i patientjournaldokumentationen. Informationen finns därmed också tillgänglig för patienten efter vårdbesöket via 1177 Journalen. Implementeringen behöver spridas till andra verksamheter och fortsätta under 2025.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD




Region Stockholm har en nollvision för vårdskador. Patientsäkerhet handlar om att förhindra att patienter drabbas av undvikbara skador i samband med vård och behandling. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande och förbättringsarbete. En säkrare vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete där riskanalys och riskhantering är en förutsättning. Till stöd för det systematiska patientsäkerhetsarbetet finns Årsplanering för patientsäkerhetsarbete på intranätet Insidan.




*Figur 4. Schematisk bild över systematiskt patientsäkerhetsarbete i SLSO.*

## Egenkontroll

Egenkontroll innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna resultatenhetens resultat, samt kontrollera att arbetet bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i SLSO:s ledningssystem. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna resultatenheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen ska göras regelbundet med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra resultatenhetens kvalitet. Verksamhetschefen är ansvarig för egenkontrollens utförande samt återföring till medarbetare på enheten. Egenkontroll sker även övergripande i SLSO genom till exempel internkontrollplan och internrevisioner.

Egenkontrollen kan innefatta

- material från SLSO:s utdatarapporter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- rapporter från verksamheternas årliga ”Kvalitetsgranskning” av läkemedelshantering
- resultat av patientenkäter
- granskning av patientjournaler
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- analys av synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga
- stickprovskontroller av följsamhet till lokala rutiner

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

### Bedömning av vårdskador




Vid bedömningen av risker och avvikelser i HändelseVis ingår att ta ställning till om en vårdskada inträffat och om denna är allvarlig. Alla vårdskador ska utredas och dokumenteras. Utredningens innehåll och omfattning anpassas utifrån vårdskadans allvarlighetsgrad. Vid en händelse som medfört en vårdskada inleds en

mindre utredning. När en händelse medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska en mer omfattande utredning göras enligt SLSO:s övergripande anvisning. Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra en vårdskadeutredning. Chefläkare beslutar om anmälan enligt lex Maria ska göras till IVO.

Målet är att förbättra patientsäkerheten genom att vidta åtgärder i syfte att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

I HändelseVis görs en vårdskadebedömning av de händelser som inneburit en konsekvens för patienten. Under 2024 bedömdes 1070 händelser som en vårdskada, dvs händelsen var undvikbar medan 299 behövde utredas vidare för att förstå om en vårdskada inträffat. Antalet identifierade vårdskador ligger sedan 3 år tillbaka på ungefär samma antal. Vid regelbundna stickprovskontroller av utförda vårdskadebedömningar kan vi se att bedömningarna i större omfattning är korrekta. Men att kunskapen om vårdskadebegreppet behöver stärkas vilket framgår av antalet rapporter som klassats som ”går ej att bedöma ”

Under 2024 bedömde chefläkare 268 vårdskadeutredningar från alla vårdgrenar för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria. Av dessa vårdskadeutredningar anmäldes 124 enligt lex Maria, 105 anmäldes ej och resterande 39 återgick till verksamheterna för komplettering och fortsatt beredning.

I utredningarna från primärvården ses allvarliga vårdskador framför allt vid läkemedelshantering i hemsjukvård, fördröjd cancerdiagnos, bristande triage- och rådgivningsrutiner.

Utredningarna från psykiatrin visar bland annat brister i vård och behandling, samverkan, läkemedelsbehandling och uppföljning.

**Tabell 1. Antal lex Maria-ärenden per vårduppdrag.**

| Vårduppdrag | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Akademiskt specialistcentrum | 0 | 1 | 0 |
| Geriatrik/ASIH | 4 | 2 | 0 |
| Habilitering och hälsa | 0 | 0 | 0 |
| Närakuter | 4 | 5 | 8 |
| Primärvård | 17 | 27 | 29 |
| Psykiatri | 92 | 86 | 87 |
| **SLSO totalt** | **117** | **121** | **124** |

Majoriteten av de negativa händelserna har mindre, måttlig eller ingen konsekvens för patienten. Fördelningen har varit densamma under flera år. Rapporter som bedömts medföra katastrofal konsekvens för patienten handlar i de flesta fall om oväntade dödsfall under pågående behandling. Rapporterna med betydande konsekvens handlar till största delen om destruktiva/självdestruktiva handlingar och om behandling/omvårdnad.

**Tabell 2. Fördelning av konsekvens vid negativ händelse av antal registrerade rapporter.**

| År | Katastrofal | Betydande | Måttlig | Mindre | Ingen | Går ej att bedöma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **2022** | 7 % | 5 % | 17 % | 29 % | 11 % | 31 % |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **2023** | 6 % | 5 % | 16 % | 31 % | 11 % | 31 % |
| **2024** | 6 % | 6 % | 17 % | 32 % | 10 % | 29 % |

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Efter avslutad vårdskadeutredning och anmälan enligt lex Maria följer verksamheterna upp om genomförda åtgärder fått avsedd effekt. Vårdgivaren har en skyldighet att informera inblandade medarbetare och drabbad patient eller närstående om IVO:s beslut.

### Anmälan av brister i säkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 6 § och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning ska anmälan till IVO göras om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Exempel på brister i säkerheten är patient som utövar våld mot medpatient eller patient som avviker. Till anmälan bifogas en utredning där vidtagna åtgärder framgår. Verksamhetschefen är anmälningsansvarig. År 2024 gjordes 7 anmälningar om brister i säkerheten.

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

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Arbetsmodellen för hantering av dessa ärenden inbegriper verksamheten, verksamhetsstöd HR och chefläkare som är anmälningsansvarig enligt SLSO:s delegationsordning. År 2024 gjordes 5 sådana anmälningar till IVO.

### Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) är kvalitetsgranskning av läkemedelshantering obligatorisk för alla enheter som hanterar läkemedel och ska genomföras årligen. Tjänsten kvalitetsgranskning är upphandlad regionalt och har utförts av ApoEx på 173 av SLSO:s cirka 400 läkemedelsenheter under 2024 (167 enheter år 2023). Följsamheten till kravet på årlig kvalitetsgranskning är fortsatt låg inom SLSO och det har tillsammans med ApoEx upprättats en åtgärdsplan för att förbättra följsamheten under 2025.

Likt föregående år visar genomförda kvalitetsgranskningar att områden där insatser behövs inom SLSO är generella direktiv, dokumentation av administrering, uppmärkning av iordningsställda läkemedel och dokumentation i förbrukningsjournaler för narkotiska preparat. SLSO har under 2024 omarbetat och verksamhetsanpassat styrande dokument för ordination och hantering av läkemedel samt för narkotikakontroller. Vidare har checklistor och blanketter till stöd för verksamheternas arbete uppdaterats. Under året har SLSO även arrangerat workshops i ordination och hantering av läkemedel.

### Granskning av läkemedelsavvikelser

Huvudparten av avvikelserna inom läkemedelsområdet berör fel i läkemedelshanteringen, vilket är en oavsiktlig händelse som leder till eller skulle kunna leda till en vårdskada. Risker och avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis och följs upp månadsvis av Verksamhetsstöd Patientsäkerhet i syfte att få en överblick av vilka områden i läkemedelshantering som behöver förbättringsåtgärder. Det totala antalet risk- och avvikelserapporter (tillbud och negativa händelser) för läkemedelsområdet är i stort sett jämförbara för åren 2023 och 2024. I HändelseVis redovisades 1793 rapporter för 2024 (att jämföra med 1734 för 2023). Det finns ett antal icke-redovisade rapporter för 2024 där bedömning fortfarande pågår.

**Tabell 3. Antal risker och avvikelser (tillbud och negativa händelser) inom läkemedelsområdet.**

| Kategorier | Risk | | | Tillbud | | | Negativ händelse | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2022 | 2023 | 2024 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Administrering | 279 | 163 | 163 | 415 | 333 | 435 | 285 | 352 | 351 |
| Övrigt, läkemedel | 146 | 138 | 135 | 140 | 159 | 190 | 121 | 119 | 95 |
| Ordination | 82 | 96 | 87 | 126 | 110 | 105 | 89 | 82 | 52 |
| Läkemedelsförsörjning | 35 | 33 | 18 | 37 | 28 | 22 | 16 | 10 | 17 |
| Kontroll | 26 | 29 | 43 | 19 | 18 | 18 | 9 | 7 | 8 |
| Läkemedelsgenomgång | 15 | 17 | 11 | 26 | 13 | 18 | 8 | 10 | 3 |
| Produkt | 8 | 6 | 12 | 8 | 5 | 9 | 1 | 0 | 1 |
| **Antal registrerade** | **591** | **482** | **469** | **772** | **665** | **797** | **529** | **587** | **527** |

Majoriteten av risker och avvikelser inom läkemedelsområdet sker i kategorierna ”Administrering” eller ”Övrigt, läkemedel”, se tabell 3. Inom kategorin ”Övrigt, läkemedel” dominerar dosleveranser, vårdövergångar och bristande ordning i vårdutrymme. Resultaten bekräftas i de årliga kvalitetsgranskningarna av läkemedelshanteringen på enheterna. Via externa avvikelser har sjukhusapoteksfunktionen kunnat identifiera förbättringsområden hos avtalspartners ApoEx, Apoteket AB och Apotekstjänst AB inför uppföljningsmöten.

Månadsvis genomgång och analys av avvikelser inom läkemedelsområdet i HändelseVis genomförs och återkoppling sker till berörd enhet vid behov. Vid systematiska risker informeras även chefläkare.

**ASIH:** De flesta avvikelserna inom ASIH gäller iordningsställande och överlämning av fel läkemedel/dos/styrka. Tidigare förekom även många avvikelser kring slutenvårdsdos. Dessa avvikelser har nu minskat till följd av färre beställda dospåsar och ökat manuell iordningsställande. I gengäld har det skett en ökning av avvikelser gällande iordningsställande och överlämning av läkemedel.

**Geriatriken:** Många avvikelser i geriatriken sker i övergångarna mellan vårdgivare, särskilt vid beställning av öppenvårdsdos. Det förekommer också avvikelser om fel läkemedel/styrka/dos vid iordningställande av läkemedel samt ordning läkemedelsrum och läkemedelsvagnar. Geriatriken har få avdelningar och rapporterar generellt in få avvikelser gällande läkemedel.

**Psykiatri:** Majoriteten av avvikelserna inom psykiatrin handlar om att fel läkemedel/dos/styrka vid iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel. En annan frekvent förekommande avvikelse är förväxling av patient vid medicinutlämning. Psykiatrin är SLSO:s största verksamhetsområde och också det verksamhetsområde som rapporterar flest läkemedelsavvikelser.

**Primärvård:** Två stora kategorier av avvikelser berör framför allt hemsjukvårdspatienter: avvikelser vid iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel, framför allt när tredje part är inkopplad (hemtjänst eller vårdgivare som anlitas på kvällar och helger), samt avvikelser på grund av att förskrivningar i Pascal inte överensstämmer med ordinationer i Läkemedelsjournalen i TakeCare.

Målet för 2025 är fortsatta månatliga genomlysningar av avvikelser inom läkemedelsområdet samt rapportering till verksamhet och chefläkare då risker identifierats. Vid återkommande avvikelser hos en och samma enhet ska sjukhusapoteksfunktionen även ta kontakt med enhetschef för att uppmärksamma säkerhetsrisken samt se om det behövs ytterligare stöd från Verksamhetsstöd Patientsäkerhet.

### Vårdrelaterade infektioner

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

**Mål:** SLSO:s verksamheter utgår från Region Stockholms handlingsprogram för att minska VRI inom hälso- och sjukvården. Aktivt arbete pågår genom bland annat informationskampanjer och återkommande mätningar.

ASIH, slutenvårdsgeriatriken och slutenvårdspsykiatrin är anslutna sedan 2022 till det nationella IT-stödet Infektionsverktyget. Förekomst av VRI redovisas genom delrapporter som tas fram från Infektionsverktyget två gånger per år.

**Resultat och analys:** Sedan införandet av nya mätmetoden 2022 har VRI-siffrorna för ASIH och geriatrik successivt sjunkit. VRI-siffror för psykiatri är stationära på en låg nivå.
Geriatrikens resultat för januari-juni och juli-december 2024 visar en högre siffra jämfört med icke-geriatrisk somatisk slutenvård i Region Stockholm, men motsvarande resultatnivå som övriga geriatriska verksamheter.

**Tabell 4. Förekomst av VRI i slutenvård.**

| Verksamhet | Andel patienter med VRI, januari-juni 2024 | Andel patienter med VRI, juli-december 2024 |
|---|---|---|
| **ASIH** | 5,3 % | 1,8 % |
| **Geriatrik** | 6,9 % | 7,4 % |
| **Psykiatri** | 0,4 % | 0,4 % |

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Resultat och bakomliggande orsaker ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete på verksamhetsnivå. Ett övergripande arbete görs inom ramen för det avtalsbaserade samarbetet med Vårdhygien Stockholm, som under 2024 har innefattat rådgivning, utbildning och kvalitetssäkring. Vårdhygien Stockholm har gett råd och rekommendationer till verksamheterna om bland annat covid-19, rengöring, desinfektion, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). Flera verksamheter har fått verksamhetsbesök av Vårdhygien Stockholm för att optimera ett patientsäkert flöde.
Under 2025 kommer ett stort fokus att ligga på implementering av ”Handlingsprogram för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning – Riktlinje för hälso- och sjukvård samt tandvård 2025–2030”.

## Tillförlitliga och säkra system och processer




### Suicidpreventivt arbete

SLSO Psykiatri har tagit fram gemensamma anvisningar och arbetssätt för suicidpreventivt arbete och åtgärder när suicid inträffat i vården. Anvisningarna utgår från Region Stockholms övergripande strategi för suicidprevention. Som vägledning för medarbetare finns ”Suicidalitet, kunskapsstöd för bedömning - anvisning för Psykiatri” samt utbildningar. En processkarta för suicidprevention används kontinuerligt och följs upp genom mätetal för både öppenvård och slutenvård. Stöd efter suicid ordnas till närstående.

Medarbetare genomgår bland annat en retrospektiv genomgång, vilket innebär en genomgång av patientens livssituation och vad som ledde fram till suicidet. Detta i syfte att skapa ett långsiktigt lärande.

SLSO Primärvård arbetar enligt vårdprogrammet för suicidnära patienter på VISS.nu, ett kunskapsstöd anpassat till primärvården. Den specialiserade vården följer Kunskapsstöd för vårdgivare. Båda återfinns på Vårdgivarguiden.

### Säker läkemedelshantering

Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition, förvaring samt kassation av läkemedel. I enlighet med gällande författning (HSLF-FS 2017:37) har SLSO en övergripande anvisning för ordination och hantering av läkemedel som är styrande för samtliga enheter och enheterna har dessutom lokala rutiner för sina egna arbeten. I syfte att förtydliga tillämpningen av författningen har under 2024 en större omarbetning av den övergripande anvisningen skett, likaså den tillhörande checklistan som ska ligga till grund för enheternas lokala rutiner för en säker läkemedelshantering. Därtill har samtliga blanketter rörande läkemedelshantering som finns på intranätet omarbetats och förtydligats.

### Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37). Målet med läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre.

Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Metoden innebär en strukturerad kartläggning och uppföljning av patientens samtliga läkemedel där man omprövar indikation, dosering och behandlingsresultat i förhållande till patientens individuella förutsättningar. Syftet är att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

### Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel är maskinellt förpackade läkemedel per patient och doseringstillfälle i dospåsar och syftar till säkrare läkemedelshantering, att frigöra sjuksköterskетid för omvårdnadsarbete och att förbättra arbetsmiljön. Det leder till minskad kassation av läkemedel och därmed mindre miljöpåverkan och lägre kostnader. Dosdispenseringstjänsten används inom både öppenvård och slutenvård.

Ordinationer av slutenvårdsdos görs och skickas i TakeCare. Ordinationer av öppenvårdsdos görs i TakeCare och förskrivningar i Pascal. Kunskap om ordination och förskrivning i systemen TakeCare och Pascal är ett högprioriterat område. VSPS och Verksamhetsstöd Digitala tjänster har i utbildningar och andra möten med vårdpersonal spridit information om utbildning inom respektive system. Utbildningarna finns tillgängliga på utbildningsportalen Lärtorget för medarbetare i Region Stockholm och Region Gotland.
Under 2025 kommer ett stort fokus att ligga på implementering av arbetssätt för att vid åtkomst via TakeCare till förskrivningsinformation i Nationella Läkemedelslistan kunna upptäcka handhavandefel och uppdatera ordinationerna i TakeCare.

### Kloka listan

Att använda rätt läkemedel är viktigt för patientsäker vård med god kvalitet. Kloka listan rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar i primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård.

Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter.

**Mål:** Region Stockholms läkemedelskommitté beslutar, efter förslag från läkemedelskommitténs expertråd, vilka läkemedel som ska rekommenderas i Kloka listan. Följsamheten följs på substansnivå och mäts med DU90% som anger det antal läkemedel som motsvarar 90 procent av användningen mätt i definierade dygnsdoser (DDD). En så hög följsamhet som möjligt eftersträvas.

**Resultat:** Följsamheten till Kloka listan uppvisar mindre variationer från år till år, se tabell 5.

**Tabell 5. Följsamhet till Kloka listan inom SLSO.**

| Vårdgren | Följsamhet till Kloka listan | | |
|---|---|---|---|
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| **Primärvård** | 92 % | 93 % | 93 % |
| **Geriatrik** | 91 % | 90 % | 90 % |
| **Psykiatri*** | 74 % | 75 % | 78 % |
| **Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)*** | 86 % | 87 % | 91% |

**För psykiatrin och ASIH mäts följsamheten med tillägg för specialiserad vård. För detta saknas målvärden.*

**Analys av resultat:** Följsamheten till Kloka listan inom SLSO:s primärvård (93 %) ligger stabilt över tid och stämmer väl överens med Region Stockholms följsamhet för 2023 (92 %). Följsamheten till Kloka listan ligger stabilt också inom geriatriken. Psykiatrin och ASIH uppvisar en positiv utveckling de senaste tre åren. Följsamheten inom psykiatrin uppvisar något lägre följsamhet till Kloka listan än följsamheten inom övriga verksamheter, vilket beror på att den specialiserade vård som bedrivs inom psykiatrin kräver särskild hänsyn till den individuella patienten vid val av läkemedel.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Fortsätta upprätthålla den goda följsamheten till Kloka Listan och rekommendationerna, framför allt inom primärvården, utifrån rapportering med Kunskapsteam Läkemedels arbete för spridning av information till primärvården.

### Antibiotikaförskrivning

Ett av de största hoten mot folkhälsan är antibiotikaresistens. Utvecklingen av antibiotikaresistens drivs på av felaktig antibiotikaanvändning, exempelvis överanvändning av antibiotika och val av antibiotika med onödigt brett spektrum. För att stävja resistensutvecklingen har ett nationellt patientsäkerhetsmål satts upp om max 250 antibiotikarecept per 1000 invånare.

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare har minskat stadigt i Region Stockholm sedan 1993. I samband med pandemin covid-19 minskade uthämtade antibiotikarecept kraftigt för att sedan öka under 2022 till en nivå strax under den före pandemin. Uthämtade recept per 1000 invånare i Region Stockholm ökade år 2024 med 0,6 % till sammanlagt 270,7 och låg över det uppsatta patientsäkerhetsmålet på 250. Utvecklingen i Stockholm stämmer med rikssnittet i Sverige om 271,0 uthämtade recept per 1000 invånare och år (+7,6 % jämfört med 2023).

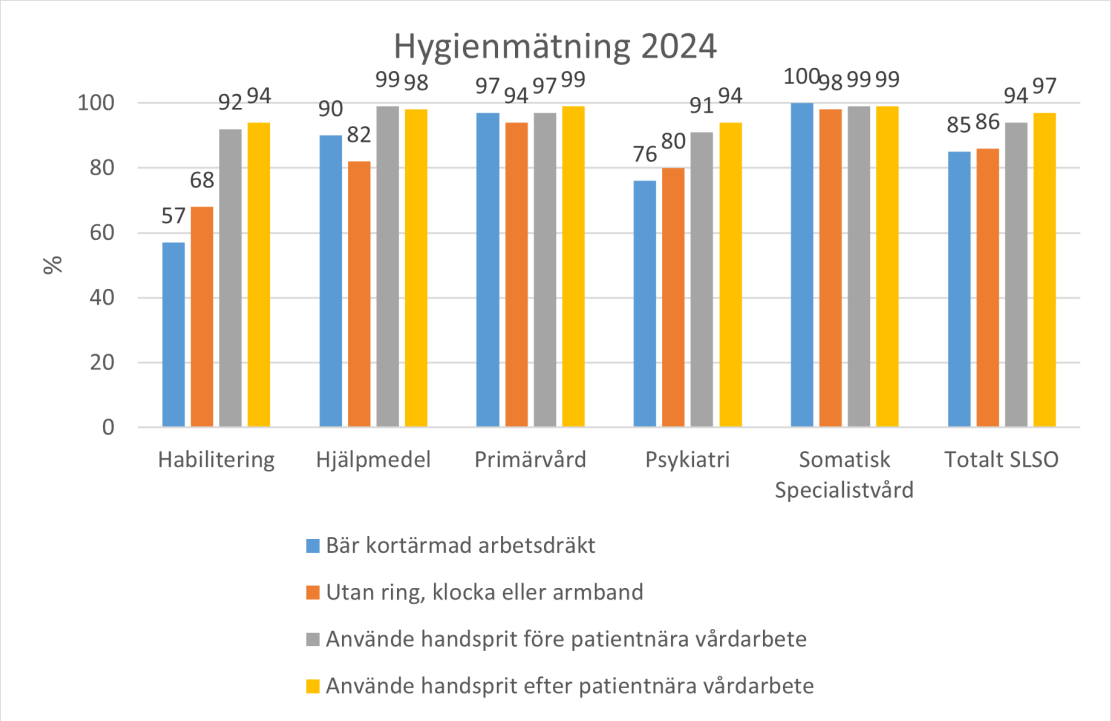
För SLSO finns ett specifikt kvalitetsmått som följer antalet uthämtade antibiotikarecept för listade patienter på vårdcentraler. Efter den stora ökningen i antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade patienter år 2023 låg antalet oförändrat under 2024 (108 uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade patienter). Motsvarande målvärden finns inte regionalt eller nationellt.

**Basala hygienrutiner och klädregler**

**Mål:** Öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom sluten- och öppenvård.

**Resultat och analys:** SLSO genomför varje höst en egen webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Enkäten besvaras av samtliga medarbetare i vårdnära arbete. Följsamhet till basala hygienrutiner registreras av medarbetarna vid ett tillfälle i samband med dagens första patientmöte.

Redan under 2020 sågs ett tydligt förbättringsarbete kring BHK för hela SLSO till följd av covid-19 pandemin, och den då uppnådda nivån avseende följsamhet till BHK har sedan dess bibehållits. Hygienmätningen 2024 visar att BHK följs på oförändrad nivå inom habilitering, hjälpmedel, primärvård, psykiatri och somatisk specialistvård jämfört med föregående år.




**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Resultat och bakomliggande orsaker ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete på verksamhetsnivå. Ett övergripande arbete görs inom ramen för det avtalsbaserade samarbetet med Vårdhygien Stockholm. Råd och rekommendationer har givits till verksamheterna kring vårdhygieniskt arbetssätt och flöden. I samband med verksamhetsbesök har dessutom råd och rekommendationer givits om basala hygienrutiner och arbetssätt för att förhindra smittspridning, till exempel desinfektion av arbetsytor och medicintekniska produkter samt lagerhållning av sterila och icke sterila produkter.

Sedan februari 2023 gör alla verksamheter som tillägg en egen mätning, med utgångspunkt från självskattningsformulär som Vårdhygien Stockholm tagit fram. Mätningen görs vid lämplig tidpunkt under året, dock ej samtidigt som SLSO:s Hygienenkät. Det är tillåtet att lägga in egna verksamhetsspecifika frågor. Resultaten analyseras på verksamhetsnivå och redovisas i resultatenheternas patientsäkerhetsberättelser.

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

## Säker vård här och nu




Medarbetare rapporterar risker, tillbud och negativa händelser i HändelseVis, Region Stockholms gemensamma IT-stöd för risk- och avvikelsehantering. Systemet används inom förvaltningar och bolag som tillhör Regionen vilket möjliggör att rapporter kan föras över mellan enheter, verksamheter och förvaltningar/bolag. Risk- och avvikelsehantering sker på enhetsnivå där rapporter granskas och handläggs av chef. Risker identifieras vid riskronder, riskanalyser och i det dagliga arbetet. Inom ramen för det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet engageras medarbetare i arbetet med risker.

**Mål**: Riskhantering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. SLSO:s resultatenheter ska systematiskt genomföra riskinventering och analyser i verksamheten för att fortsätta utveckla verksamhetens patientsäkerhet.

**Resultat och analys av resultat:** En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som en risk. I likhet med tidigare år har risker inom dokumentation/informationsöverföring dominerat. Behandling/omvårdnad och läkemedel är också fortsatt stora.

Två tredjedelar av alla rapporter i HändelseVis är tillbud och negativa händelser.

Vanligast klassificerade tillbud och negativa händelser per vårduppdrag:

- Geriatrik - Patientolycksfall
- ASIH - Läkemedel
- Primärvård - Läkemedel
- Habilitering och Hälsa - Dokumentation/informationsöverföring
- Hjälpmedel Stockholm – Dokumentation/informationsöverföring
- Psykiatri - Behandling/omvårdnad
- Närakuter - Utredning/bedömning/diagnos
- Somatisk specialistvård - Dokumentation/informationsöverföring

Medarbetare har under 2024 registrerat 14 523 risker och vårdavvikelser i HändelseVis, vilket är en ökning med två tusen rapporter. Fördelningen av rapporterade risker, tillbud och negativa händelser har varit relativt konstant sedan flera år tillbaka.

**Åtgärd och uppföljning av åtgärd:** Risk- och avvikelserapporter diskuteras medarbetare emellan på APT, i ledningsgrupper, i patientsäkerhetsgrupper och på professionsmöten. Åtgärdsförslag tas fram i syfte att minimera alternativt eliminera risker, tillbud och negativa händelser. Återkoppling av enskilda rapporter och statistik sker till medarbetare, ledning och samverkansgrupper på deras respektive möten.

I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vård för sina enheter. Varje verksamhet redovisar i sin patientsäkerhetsberättelse resultat, åtgärder, uppföljning och vilka förbättringar de gjort eller planerar att utföra kommande år. På verksamhetsnivå sker en övergripande analys som resulterar i en handlingsplan för patientsäkerhet med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år.

### Läkemedelsförsörjning

Enligt Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning ansvarar vårdgivaren för att organisera och säkra tillgången till läkemedel och ska för detta ändamål ha en sjukhusapoteksfunktion som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till och inom vårdgivaren. I SLSO:s sjukhusapoteksfunktion ingår chefläkare,

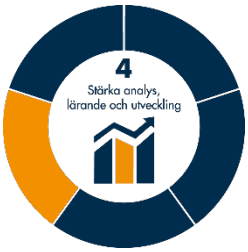
medicinskt sakkunnig läkare, farmaceuter, verksamhetschefer samt ansvariga i transportledet. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till och från verksamheterna via e-post, telefon och intranät. Vårdenheterna inom SLSO beställer själva rekvisitionsläkemedel i det upphandlade beställningssystemet Visma Proceedo från den upphandlade läkemedelsleverantören ApoEx.

Restnoteringar, det vill säga brist på läkemedel, har ökat markant det senaste året och ökningen beror framför allt på omvärldssituationen. I samarbete med regionen görs daglig bevakning av restnoterade läkemedel. Kommunikation till SLSO:s enheter om restnoteringar och tillgängliga alternativ sker i form av läkemedelsnyheter. I syfte att stärka kommunikationen har dedikerade informationssidor om restnoteringar byggts upp på intranätet under 2024. På grund av det fortsatt stora antalet bristsituationer av läkemedel har 28 generella övergripande licenser sökts under 2024. Dessa licenser underlättar för SLSO:s enheter att rekvirera ersättningspreparat så att inte varje enhet behöver söka licens individuellt. Läkemedelsverket har under 2024 fortsatt att utfärda så kallade särskilda tillstånd för vissa läkemedel, vilket innebär att patienter listade på SLSO:s enheter kunnat hämta ut läkemedel med generell licens på recept från valfritt apotek.

### Nya avtal för läkemedelsförsörjningen

Region Stockholms tecknade år 2023 tre nya avtal för läkemedelsförsörjningen i regionen, samtliga avtal tilldelades ApoEx AB. Avtalen för läkemedelsleveranser och slutenvårdsdos gällde från 14 november 2023 och har under 2024 varit föremål för noggrann uppföljning och möten med leverantören. För extempore- och cytostatikaberedning gällde de nya avtalen från 5 mars 2024 och implementeringen genomfördes under våren i samråd med berörda enheter. Målet har varit att säkerställa en stabil läkemedelsförsörjning, vilket är en förutsättning för att bedriva patientsäker vård.

## Stärka analys, lärande och utveckling




Journalgranskning har under 2024 skett bland annat via arbete med markörbaserad journalgranskning och fynd vid dessa granskningar kan användas i verksamheterna för kvalitetsutveckling. Systematiska journalgranskningar genomförs också inom verksamheterna som en del i egenkontrollen.

Rapportering till nationella kvalitetsregister pågår i vårdverksamheten utifrån relevans för vårduppdraget. Inrapportering sker oftast enligt en automatiserad tjänst från journalsystemet TakeCare. Förbättringsarbeten i verksamheten använder data ifrån nationella kvalitetsregister men även från SLSO:s framtagna utdata-rapporter. Utdata finns framtaget utifrån TakeCare-data för olika relevanta vårdprocesser inom de olika vårduppdragen. Medarbetare deltar på olika nivåer i utvecklingsarbete med stöd av de olika kvalitetsregistren och utdata från TakeCare och erfarenheter återförs till verksamheten och implementeras.

Inom ramen för ledningssystemet för kvalitet genomförs årligen internrevision på ett tjugotal resultatenheter. Sammanfattande protokoll med resultat från internrevision återförs till SLSO:s ledning och verksamhetschefer i syfte att användas för att besluta om åtgärder och förbättringsarbeten såväl på SLSO-nivå som på resultatenheten.

Vid MLA-utbildningar samt BAS-utbildning för chefer genomgås aktivt metoder kring riskförebyggande patientsäkerhetsarbete ex arbete med riskronder, riskanalyser samt Gröna korset.

Utifrån analys av inträffade vårdskador har en specifik satsning pågått under hösten 2024 med workshops för verksamhetschefer och MLA kring ”Ordination och Läkemedelshantering inklusive delegering” samt ”Synpunkter och klagomål - att skriva yttranden”.

### Läkemedelsbiverkningar

För att öka rapporteringsgraden av läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket finns utbildningsmaterial och en övergripande anvisning tillgänglig för all personal på SLSO:s intranät. Fokus inom biverkningsrapportering för läkemedel är allvarliga läkemedelsbiverkningar, samtliga oförutsedda biverkningar, samt sådana biverkningar som verkar öka i frekvens. Redan misstanken om en läkemedelsbiverkning ska rapporteras, den behöver inte vara utredd eller bekräftad.

### Nationella läkemedelslistan (NLL)

VSPS har deltagit aktivt i utvecklingsarbetet som Region Stockholm och Region Gotland bedrivit för att anpassa funktionaliteten i Läkemedelsmodulen i journalsystemet TakeCare till ny lagstiftning. En lösning togs fram för direktåtkomst via TakeCare till information i NLL om patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. Under oktober 2024 genomfördes en pilot, med deltagande av flera SLSO-verksamheter. I november 2024 breddinfördes funktionaliteten för samtliga verksamheter. VSPS har bidragit till VS Digital Hälsas arbete med informationsspridning till verksamheterna. Informationsmaterial togs fram, vidare uppdaterades information om NLL på Insidan och i alla relevanta Övergripande anvisningar.

### Synpunkter och klagomål

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har SLSO som vårdgivare skyldighet att ta emot synpunkter och klagomål gällande den egna verksamheten. Synpunkter och klagomål ska användas för att förbättra verksamhetens kvalitet. Möjligheten att framföra synpunkter och klagomål gör patienter delaktiga i vårdens systematiska patientsäkerhetsarbete. Alla enheter ska ha rutiner för att ta emot och besvara synpunkter och klagomål från patienter, närstående, medarbetare, andra vårdgivare och intressenter. Samtliga medarbetare ska känna till dessa rutiner. Klagomål över vård och behandling registreras av verksamheten i HändelseVis som en vårdavvikelse. Vid konstaterad vårdskada hanteras klagomålet enligt verksamhetens rutin för hantering av vårdskador.

### Synpunkter och klagomål direkt till verksamheterna

Synpunkter och klagomål kommer in till verksamheten via telefonsamtal, brev och vid besök samt via digital e-tjänst på 1177.

E-tjänsten är kopplad till avvikelsehanteringssystemet HändelseVis, vilket underlättat för patienter att lämna sina synpunkter på vården och att verksamheterna kan använda klagomålen i sitt förbättringsarbete. Under år 2024 har totalt 5135 ärenden inkommit via e-tjänsten på 1177, se tabell 6.

**Tabell 6: Antal inkomna ärenden via e-tjänsten på 1177.**

| | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|
| **Akademiskt specialistcentrum** | 30 | 107 | 190 |
| **ASIH** | 13 | 29 | 38 |
| **Centrum för cancerrehabilitering** | 10 | 9 | 11 |
| **Geriatrik** | 1 | 17 | 18 |
| **Habilitering och hälsa** | 0 | 13 | 81 |
| **Hjälpmedelsverksamheterna** | 0 | 49 | 56 |
| **Närakuter** | 286 | 440 | 468 |
| **Patientvägledare** | 29 | 52 | 66 |
| **Primärvård** | 1 885 | 2 735 | 2 835 |
| **Psykiatri** | 277 | 940 | 1 372 |
| **Summa** | **2 531** | **4 391** | **5 135** |

### Patientvägledare

SLSO:s patientvägledare är en neutral stödresurs för patienter och närstående som har frågor om vården eller vill framföra synpunkter och klagomål. Rollen infördes 2016 för att skapa en central ingång som kompletterar verksamheternas egna rutiner för klagomålshantering. På så sätt kan patienter få hjälp om de inte vill vända sig direkt till en enskild verksamhet, eller om de behöver stöd i att hitta rätt instans inom eller utanför organisationen.

Patientvägledaren nås via telefon, brev eller genom den särskilda e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177. Även anonyma klagomål kan framföras, vilket innebär att patientvägledaren vidarebefordrar ärendet till berörd chef utan personuppgifter. Förutom att vara ett direkt stöd för patienter och närstående fungerar patientvägledaren också som ett internt stöd vid klagomålshantering i verksamheterna.

Patientvägledaren i SLSO ingår i ett regionalt nätverk tillsammans med motsvarande funktioner på akutsjukhusen, Tiohundra, Folktandvården och S:t Eriks ögonsjukhus. Nätverket träffas regelbundet för att utbyta erfarenheter och följa upp aktuella frågor. I takt med att alla SLSO-verksamheter nu erbjuder e-tjänsten på 1177 för synpunkter och klagomål har efterfrågan på patientvägledaren minskat. Funktionen har fortsatt betydelse för enskilda som vill få vägledning, föra fram sina synpunkter utan att kontakta en verksamhet direkt eller önskar vara anonyma.

### Synpunkter och klagomål via Patientnämnden och IVO

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående inkommer från Patientnämndens förvaltning (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), se tabell 7 och tabell 8. Myndigheterna skickar dessa till Verksamhetsstöd Patientsäkerhet (VSPS) som är SLSO:s väg in och ut för klagomål via myndigheter. VSPS fördelar sedan ärenden vidare till berörd verksamhet för att utredas och besvaras. Därefter skickas svaret till berörd myndighet som återför svaret till patient och i vissa fall närstående.
När vården inte fått möjlighet att besvara ett klagomål överför IVO ärendet till SLSO för utredning i berörd verksamhet. Av de 223 ärenden som inkommit via IVO under 2024 har 73 ärenden överlämnats för utredning inom SLSO och 150 ärenden har IVO valt att utreda, se tabell 9. IVO utreder klagomål där

en allvarlig vårdskada kan ha inträffat och klagomål som gäller tvångsvård samt händelser som inverkat negativt på en patients självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

**Tabell 7. Antal klagomål inkomna via PaN.**

| Vårduppdrag | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Akademiskt specialistcentrum | 5 | 3 | 10 |
| Geriatrik, ASIH | 13 | 10 | 8 |
| Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna | 44 | 45 | 12 |
| Närakuter | 122 | 130 | 114 |
| Primärvård | 459 | 418 | 391 |
| Psykiatri | 362 | 364 | 347 |
| **Totalt** | **1 005** | **970** | **882** |

**Tabell 8. Antal klagomål inkomna via IVO.**

| Vårduppdrag | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|
| Akademiskt specialistcentrum | 0 | 0 | 2 |
| Geriatrik, ASIH | 7 | 5 | 6 |
| Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna | 0 | 1 | 1 |
| Närakuter | 31 | 12 | 27 |
| Primärvård | 85 | 64 | 79 |
| Psykiatri | 198 | 112 | 108 |
| Övriga | 0 | 0 | 0 |
| **Totalt** | **321** | **194** | **223** |

**Tabell 9. Fördelning av IVO-klagomål.**

| Vårduppdrag | Klagomål som IVO överlämnat till vården för utredning | Klagomål som IVO utrett |
|---|---|---|
| Akademiskt specialistcentrum | 1 | 1 |
| Geriatrik, ASIH | 1 | 5 |
| Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna | 0 | 1 |
| Närakuter | 9 | 18 |
| Primärvård | 24 | 55 |
| Psykiatri | 38 | 70 |
| Övriga | 0 | 0 |
| **SLSO totalt** | **73** | **150** |

### Analys av synpunkter och klagomål

Varje enskild verksamhet analyserar inkomna klagomål som bidrar till förbättringsåtgärder som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Klagomålen sammanställs i verksamheternas årliga patientsäkerhetsberättelser och lärdomar sprids inom respektive verksamhetsområde.

Ökningen av ärenden från 2023–2024 beror till stor del på införandet av e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” via 1177. Den största ökningen har skett inom primärvård och psykiatri. Det är möjligt att den digitala tillgängligheten kan vara en förklaring till minskningen av antalet klagomål från IVO och PaN.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap




### Krisberedskap

SLSO ska genom sitt systematiska arbete med krisberedskap ha en förmåga att förebygga, motstå och hantera krissituationer så att verksamheten kan upprätthållas. Vid en särskild händelse utgör närsjukvården en viktig resurs för omhändertagande av drabbade både i den akuta fasen och i det långsiktiga perspektivet.

**Mål:** SLSO ska genom verksamhetsstöd för säkerhet och beredskap arbeta med planering, övning och kompetensutveckling inom områdena verksamhetsskydd och katastrofmedicin.

**Resultat:** SLSO har under 2024 deltagit i nationella och regiongemensamma övningar och utbildningar, samt utbildat och övat lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) och på lokal nivå inom flera verksamhetsområden. Säkerhet och beredskap ingår som ett tema i BAS-utbildningen för nya chefer. Till beredskapsveckan i september förbereddes material för övningar och vägledningar till intranätet, vilka nu finns tillgängliga permanent. Två tillfällen för beredskapsforum erbjöds digitalt med genomgång av vägledning och öppna frågor.

Beredskapssamordnaren (BSO) i SLSO har tillsammans med övriga beredskapssamordnare i regionen, Enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB) och Lärtorget tagit fram en regionövergripande introduktionsutbildning i katastrofmedicinsk beredskap. Utbildningen är publicerad på Lärtorget.

Alla övningar leder till olika typer av erfarenheter och förbättringar. Konkret har årets övningar bland annat lett till utveckling av stabsverktyg, checklistor och stabsinstruktioner för SLSO LSSL, samt insikten om hur viktig RAKEL som kommunikationsmedel är i många sammanhang och därav nödvändigheten av att fler utbildas och övas i hantering av RAKEL.

Uppbyggnaden av den civila beredskapen som innefattar krisberedskap både i fred och höjd beredskap, ytterst krig, har för SLSO:s del inneburit en första version av krigsorganisation och reservation av ett antal personer hos Plikt- och prövningsverket (”krigsplacering”). Dessa personer kommer i slutet av 2024 och början av 2025 att få en grundutbildning i Totalförsvar, som en gemensam grund för att bygga vidare på under kommande år.

Stickprov av lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner har gjorts av beredskapssamordnaren, i syfte att förbättra vägledning och mallar för lokala planer och sprida goda exempel. En sammanställning av lärdomarna färdigställs i slutet av året.

Arbetet med SLSO:s lokala epidemi- och pandemiplan pågår. Efter en remissrunda hos chefläkarna justeras nu planen något innan den går vidare på remiss till SLSO:s ledning.

Åtgärder för att minska eller eliminera identifierade risker pågår kontinuerligt inom alla områden som täcks av säkerhet och beredskap. Grunden till detta arbete styrs av såväl regionens styrande dokument som de behov som lyfts av verksamheternas representanter.

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

**Beredskapslager för läkemedel**

För att minska sårbarheten och öka robustheten i läkemedelsförsörjningen inom hälso- och sjukvård beslutade regeringen 2022 om att vården ska upprätta beredskapslager för läkemedel. I enlighet med nationella implementerade riktlinjer skapade SLSO:s sjukhusapoteksfunktion under 2023 ett första beredskapslager för läkemedel för att kunna försörja samtliga enheter med kritiska läkemedel under en månads tid vid särskilda händelser. 2024 inleddes ett arbete med att utöka beredskapslagret dels i enighet med nya nationella riktlinjer, dels enligt ett inriktningsbeslut från Hälso- och sjukvårdsnämnden. Det utökade beredskapslagret ska möjliggöra för vårdgivare att bedriva god vård i en månads tid oberoende av en fungerande läkemedelsförsörjning. I anslutning till utökningen av beredskapslagret påbörjades även en omstrukturering av SLSO:s första beredskapslager för att skapa långsiktigt hållbar försörjningsberedskap för läkemedel utan kassationer.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat område under 2025. SLSO:s långsiktiga inriktning för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet genom fortsatt digitalisering och införande av evidensbaserade, standardiserade och säkra vårdprocesser. SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet ska fortsatt utvecklas i verksamheten på alla nivåer. I det arbetet ingår fortsatt stöd till utveckling av systematisk egenkontroll samt riskförebyggande metoder inom ramen för ledningssystemet. SLSO representeras i flera regionala forum för samarbete kring säkra vårdprocesser på övergripande nivå.

För 2025 är Socialstyrelsens utbildning ”Agera för säker vård” obligatorisk utbildning för alla chefer inom SLSO.

God tillgänglighet är viktig för patientsäker vård och är ett ständigt prioriterat område i alla vårduppdrag. System och metoder utvecklas kontinuerligt, bland annat genom e-hälsotjänster som Alltid Öppet och Stöd- och behandlingsplattformen för vård på distans i olika former.

SLSO:s handlingsplan för patientsäkerhet är anpassad till Socialstyrelsens nationella handlingsplans struktur. De fem fokusområdena nedan utgör SLSO Handlingsplan för patientsäkerhet 2025. Nationella rådet för patientsäkerhet arbetar med framtagande av kvalitetsindikatorer för uppföljning av patientsäkerhet. När dessa kommer i bruk kommer SLSO:s verksamheter kunna följa patientsäkerhetsarbetet utifrån nationella indikatorer för jämförelse.

**Prioriteringar görs under 2025 inom följande fokusområden:**

*Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador*

- Standardiserad uppföljning av lex Maria-ärenden per vårduppdrag
- Återkoppling sker till verksamhetsområdeschefer och olika forum för patientsäkerhet, ex. MLA-nätverk, CHÖL-nätverk, professionsnätverk samt nätverk för patientsäkerhetssamordnare.

*Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer*

- Stöd till att använda sig av arbetssättet med Trygga Råd (safety-netting) för att öka patientdelaktighet och minska risken för vårdskador föranledda av diagnostiska förseningar. (Webutbildning och annat material)
- Säker läkemedelshantering, t.ex. workshops för chefer och MLA

*Fokusområde 3 – Säker vård här och nu*

- Fasa ut lågvärdevård och arbeta med Kloka Kliniska Val
- Patienten som medskapare i personcentrerad vård. Delaktighet för patienter och närstående för att förstärka arbetet med nära vård i syfte att förbättra kvalitet och patientsäkerhet.

*Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling*

- Alla chefer ska gå Socialstyrelsens utbildning ”Agera för säker vård” (eller den kommande utbildningen från SoS)

*Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap*

- Alla RE tar fram en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan kopplat till SLSO:s pågående beredskapsarbete
- Ökad användning av riskronder för ett proaktivt patientsäkerhetsarbete