Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2023-03-02

SLSO 2022-3605

Patientsäkerhetsberättelse 2022 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 2022 var färdigställd 2023-02-28.

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 patientsäkerhetsarbetet 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 2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde År 2022



Datum: 2023-02-28
Ansvarig för innehållet: Karin Persson
Diarienummer: SLSO 2022-3605

Innehåll

SAMMANFATTNING 3

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 7
Samverkan för att förebygga vårdskador 8
Informationssäkerhet 8
Strålskydd 9
En god säkerhetskultur 9
Adekvat kunskap och kompetens 11
Patienten som medskapare 12

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 13
Öka kunskap om inträffade vårdskador 15
Tillförlitliga och säkra system och processer 19
Säker vård här och nu 22
Risk- och avvikelsehantering 22
Stärka analys, lärande och utveckling 24
Synpunkter och klagomål 25
Öka riskmedvetenhet och beredskap 27

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 29

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. Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024, Agera för säker vård, har implementerats genom utbildningar, interna hemsidan och övergripande anvisningar. Arbetsinsatser har genomförts i enlighet med strukturen för handlingsplanens fem fokusområden. Några exempel återges här:

- För att öka kunskap om inträffade vårdskador lades fokus på läkemedelsavvikelser och vårdskadebedömningar generellt.
- Breddinförande av Infektionsverktyget som ersätter PPM-VRI genomfördes för att öka tillförlitliga och säkra system och processer.
- Stöd gavs till verksamheterna genom ansökan om övergripande generella licensmotiveringar för säker vård här och nu.
- För att stärka analys, lärande och utveckling genomfördes utbildningar för olika målgrupper.
- För ökad riskmedvetenhet och beredskap infördes två nya tjänster; beredskapssamordnare (BSO) samt civil försvarsamordnare med målet att arbeta med fokus på riskmedvetenhet och beredskap gällande träning, simulering och kompetensutveckling.

Resultatenheterna följer SLSO:s ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som kontinuerligt uppdateras utifrån övergripande regelverk. Resultatenheterna upprättar en årlig handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och skriver en egen patientsäkerhetsberättelse. För årets patientsäkerhetsberättelser införs Sveriges Kommuner och Regioners (SKR mall som följer Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024, Agera för säker vård.

Det förändrade arbetssättet som startade under 2020 till följd av pågående pandemi med covid-19 har fortgått under 2022. Regionala rekommendationer från Smittskydd Stockholm och Vårdhygien Stockholm som source control och provtagning för covid-19 av asymtomatiska patienter vid inläggning har följts.

Patientsäkerhetsarbetets fokus ska alltid vara proaktivt. Genom medarbetares avvikelserapportering identifieras patientsäkerhetsrisker i vården. I avvikelserapporteringssystemet HändelseVis görs en vårdskadebedömning av de negativa händelser som haft konsekvenser för patienten. Antalet korrekta vårdskadebedömningar har ökat, troligen beroende på det förbättrade formuläret i HändelseVis samt återkommande utbildning om vårdskadebegreppet.

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 har ökat till 75 (jämfört med 74 år 2021). Regionens index var 74.

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 ökat med 22 %, en ökningstrend som håller i sig över åren.

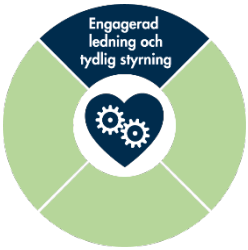
Antalet klagomål inkomna via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ökat med 10 %. Det finns ingen tydlig förklaring till ökningarna.
Möjligheten att framföra synpunkter och klagomål digitalt via e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177 är införd inom de flesta av SLSO:s verksamheter och införandet fortsätter under 2023.

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2023 med prioriteringar inom samtliga fem fokusområden. 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



Övergripande mål och strategier

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. De olika verksamheternas inriktning, uppdrag och ersättning regleras i avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) enligt regionens beställar- och utförarmodell. SLSO:s vision är ”Rätt vård när och där du behöver den” och värdegrunden är ”Patientens fokus, allas lika värde och arbetsglädje”.

SLSO har verksamheter lokaliserade i hela Region Stockholm förutom Norrtälje kommun. Verksamheterna inom SLSO är organiserade i självständiga resultatenheter (RE) där beslut fattas nära patienter och medarbetare. En resultatenhet är till exempel en vårdcentral eller en geriatrisk klinik med avdelningar och mottagningsverksamhet.



Region Stockholms arbete med mål, planering, uppföljning, analys, åtgärder och intern kontroll bygger på en gemensam grund, som benämns Integrerad ledning och styrning, ILS. Region Stockholm styrs av

regionfullmäktige. I Region Stockholms budget fastställer regionfullmäktige vision, inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål, nämndspecifika mål och indikatorer som mäter måluppfyllelsen.

SLSO:s nämnd beslutar om övergripande mål med fastställda indikatorer och måltal. Målen utgår från fullmäktiges budget, vårdöverenskommelser samt interna förbättringsområden. Uppfyllelsen av målen rapporteras till nämnden. Varje resultatenhet bryter ner och konkretiserar de övergripande målen i egna aktivitetsplaner utifrån sina verksamhetsuppdrag och avtalen med HSN.

SLSO:s ledningsmodell - ”företaget i företaget” - innebär att resultatenheterna har ett decentraliserat resultat- och verksamhetsansvar. Varje resultatenhetschef ansvarar för att åtagandet gentemot HSN fullföljs inom ramen för den ekonomiska ersättningen. Detta ligger i linje med SLSO:s specifika reglemente och regleras i SLSO:s delegationsordning och chefskontrakt. Nämnden ansvarar för att följa upp hur resultatenheterna fullföljer sina åtaganden gentemot regionfullmäktige, beställaren samt följsamheten mot SLSO:s mål och övergripande anvisningar.

SLSO:s övergripande styr- och ledningssystem följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete” (AFS 2001:01). Det inbegriper ett antal specifika ledningssystem, såsom tvångsvård, kvalitet, arbetsmiljö och miljö. SLSO är certifierat inom områdena kvalitet (ISO 9000:2015), miljö (ISO 14001:2015) samt arbetsmiljö (ISO 45001:2018). Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är en del av SLSO:s ledningssystem för kvalitet. Att systemet fungerar säkerställs genom årlig intern revision.

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

SLSO arbetar med inriktning mot regionens övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Säker vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen. Vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande och förbättringsarbete.

Riskhantering innebär riskinventering och riskanalys vilket är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. Resultatenheterna arbetar kontinuerligt med att utveckla risk- och avvikelserapportering samt systematiskt hantera patientsäkerhetsrisker. Resultatenhetschefen ansvarar för genomförandet av en övergripande riskanalys som inleder arbetet med att ta fram den årliga handlingsplanen för patientsäkerhetsarbetet. Avvikelserapporter, riskrapporter, klagomål, synpunkter mm utgör grunden för riskanalysen. Analysen är bas för beslut om åtgärder som genomförs och följs upp. Genomförandet av handlingsplanen och övrigt patientsäkerhetsarbete sammanfattas i resultatenhetens årliga patientsäkerhetsberättelse. Patientens fokus och delaktighet i utredning, vård, behandling och uppföljning har stor betydelse för en patientsäker vård. Till stöd för resultatenheternas systematiska patientsäkerhetsarbete finns årshjulet ”Årsplanering för patientsäkerhetsarbete”.

Organisation och ansvar

Roller och ansvarsfördelning

SLSO:s nämnd är som vårdgivare ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Uppdrag och ansvar för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet sker på olika nivåer inom SLSO. Ansvarsorganisationen för patientsäkerhet följer verksamhetsansvaret i linjen. Resultatenhetschefen tillika verksamhetschef ansvarar för patientsäkerheten inom resultatenheten enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete” (HSLF-FS 2017:40). Vägledande utifrån denna föreskrift är ”Systematiskt patientsäkerhetsarbete - övergripande anvisning för SLSO”.

Inom resultatenheten leds patientsäkerhetsorganisationen av resultatenhetschef som till sin hjälp har medicinskt ledningsansvariga läkare eller chefsöverläkare, enhetschefer, lokala patientsäkerhetssamordnare och patientsäkerhetsombud. För primärvården finns en kvalitets- och patientsäkerhetsstrateg på övergripande nivå med uppgift att stärka patientsäkerheten bland annat genom stöd och utbildning för medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA).

Alla medarbetare har ansvar för patientsäkerhetskulturen inom den egna verksamheten. I patientsäkerhetsarbetet ingår skyldigheten att rapportera uppkomna risker och avvikelser. Varje resultatenhet ska dokumentera i sin patientsäkerhetsberättelse hur den lokala organisationen för patientsäkerhetsarbetet ser ut.

Chefläkare och Verksamhetsstöd Patientsäkerhet (VSPS) förvaltar och vidareutvecklar SLSO:s ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet samt deltar vid årliga internrevisioner av ledningssystemet. Expertstöd och utbildning erbjuds i patientsäkerhet, vårdhygien och läkemedelsfrågor. Chefläkare ger stöd och deltar vid tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rådgivning ges vid handläggning av synpunkter och klagomål, risk- och avvikelsehantering och utredning av vårdskador.

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 – 2024, ”Agera för säker vård”, implementeras genom utbildningar, interna hemsidan och övergripande anvisningar. Inom SLSO rekommenderas alla chefer att gå Socialstyrelsen e-learning med kunskapstest ”Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet”. För SLSO används SKR:s nationella mall för patientsäkerhetsberättelse. Alla resultatenheter har också övergått till att skriva sin patientsäkerhetsberättelse i denna mall. Resultatenheternas handlingsplan för patientsäkerhet kan läggas in i IT-verktyget Stödet, vilket infördes 2022.

Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystemet innebär ett regelbundet och systematiskt arbetssätt i syfte att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ger stöd för ledning och styrning av verksamheten på olika nivåer. I SLSO används 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, uppföljning och egenkontroll.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SLSO bedriver hälso- och sjukvård inom primärvård, barn- och vuxenpsykiatri, närakutverksamhet, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), akademiskt specialistcentrum, centrum för cancerrehabilitering, habilitering och hjälpmedelsverksamhet. SLSO har också omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet samt ansvarar för Region Stockholms enhet för kris- och katastrofpsykologi (RKK).

Under året genomfördes inom SLSO:s 123 resultatenheter 5 miljoner öppenvårdsbesök, drygt 396 000 vårddygn i slutenvård och cirka 228 000 vårddygn i avancerad sjukvård i hemmet. Samverkan sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.

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.

SLSO fick 2020 ett samordningsuppdrag relaterat till pandemin från HSN som fortgått under 2021 och 2022. Uppdraget innebar att stödja vårdverksamheter, närsjukvården och kommuner inom Region Stockholm att hantera ökade eller förändrade vårdbehov, samt förhindra smittspridning i vårdmiljöer.

Samverkan kan ske vid utskrivning från heldygnsvården. En samordnad individuell plan (SIP) ska alltid erbjudas patienter i behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samordnad vårdplanering görs tillsammans med patienten och ibland närstående avseende dennes fortsatta vård och omsorg. Gemensamma regionövergripande riktlinjer är vägledande för samverkan mellan sjukvård och kommuner. Införandet av det nya IT-stödet för utskrivning Lifecare SP pågick under året och gick i drift för primärvården och akutsjukhusen. Driftstart för övriga vårdgrenar inom SLSO blir under 2023. Det nya systemet ska vara ett verktyg för säker informationsöverföring mellan olika verksamheter som berörs när en patient skrivs ut från slutenvården. En utbildningsmodul för Lifecare SP och lagen om utskrivning är framtagen inom SLSO för både SLSO och akutsjukhusen.

Säkra digitala möten sker genom applikationen Alltid öppet och Ineras tjänst Digitalt möte. Båda tjänsterna har breda användningsområden och möjliggör samverkan genom flerpartsmöten mellan olika vårdaktörer och representanter från kommuner tillsammans med patienten och närstående.

Informationssäkerhet

Mål: 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.

Region Stockholms policy för verksamhetsskydd och Riktlinje för informationssäkerhet 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:

- 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.
- Driftmiljö – Används för att bedöma informationssäkerheten i en driftmiljö.
- Datahallar och IT-utrymmen – Används för att bedöma skalskyddet av datahallar och IT-utrymmen.
- Upphandling – Används för att filtrera ut krav vid upphandling.

Resultat och analys av resultat: Compliance-processen indikerar att SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete kontinuerligt förbättras, men det finns utrymme för förbättring när det gäller medarbetares genomförande av den obligatoriska e-utbildningen i informationssäkerhet – DISA.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Förbättringar har genomförts på SLSO:s intranät där det tydligt framgår vilka de obligatoriska utbildningarna är. Detta har ökat genomförandegraden av DISA-utbildningen under 2022. I SLSO internrevision finns frågor kring compliance-processens genomförande.

Strålskydd

Ej tillämpbart inom SLSO.

En god säkerhetskultur



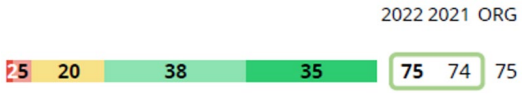
Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare, från ledning till vårdteamens och medarbetares dagliga arbete. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts en gång per år via en

digital medarbetarenkäten. 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.

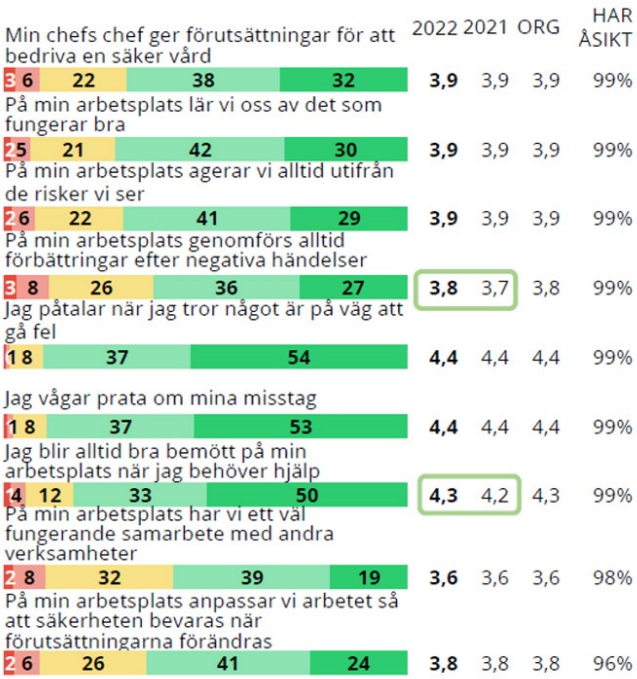
Mål: Resultatenheterna ska följa upp sitt resultat.

Resultat: SLSO:s index har ökat till 75 (jämfört med 74 år 2021). Om man tittar på varje fråga separat ligger alla frågor utom två på samma resultat som år 2021. De två frågor som fått ett högre resultat är *På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser* och *Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp*. Regionens index är 74. Antal svaranden inom SLSO har minskat med nästan 1200 till 6888 sedan 2021.

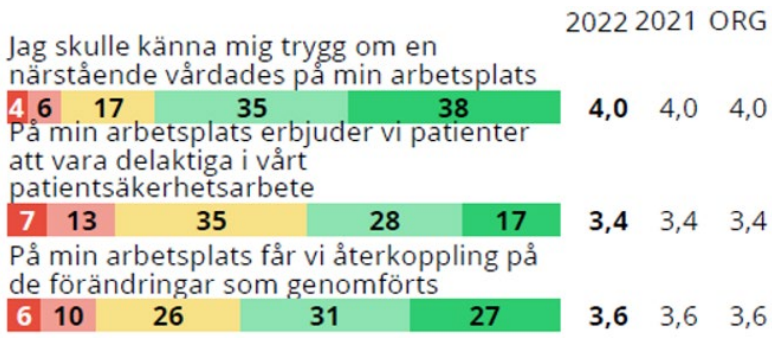
Hållbart Säkerhetsengagemang, SLSO:



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 sitt 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-mätningen 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 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 ingår frågor kring adekvat kompetens och bemanning.

Det görs dagligen bedömningar av enheternas aktuella situation inom psykiatrins slutenvård. I bedömningen ska hänsyn tas till hur platssituationen ser ut, antalet extravak och medarbetarsammansättning. Även bedömning av risk för hot- och våldssituationer ingår och att medarbetare har kunskap i hot- och våldspreventivt arbete. I samband med semesterplanering säkras alltid att det finns ordinarie medarbetare i tjänst. Detta för att säkerställa patientsäkerheten, tex att lokala rutiner följs, samt att patienter möter medarbetare med erfarenhet och kompetens.

En årlig patientsäkerhetsenkät utförs och följs upp på arbetsplatsträffar (APT) samt i ledningsgrupper. Egenkontroller av kvalitetsdata följs regelbundet i verksamheten på enhets och kliniknivå. Riskronder

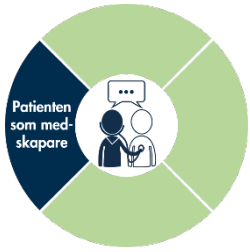
redovisas på resultatenhetsnivå och enhetsnivå. Särskilda händelseanalysgrupper finns vid varje verksamhet inom geriatrik och ASIH för utredning av risker, tillbud och skada. Inom psykiatrin och habilitering finns patientsäkerhetsgrupper och även utsedda patientsäkerhetssamordnare på respektive resultatenhet vilka deltar i nätverksträffar. För primärvården finns en strategisk läkartjänst med uppgift att stärka patientsäkerheten bland annat genom stöd och utbildning för medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA).

Under 2022 har det genomförts MLA-utbildningar och nätverksträffar för verksamhetschefer inom Akademiskt specialistcentrum, Centrum för cancerrehabilitering, Närakuter, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms Centrum för ätstörningar, Husläkarmottagningar och övrig primärvård. Inom psykiatrin genomförs regelbundet halvdagar med tema patientsäkerhet för chefer och chefsöverläkare.

Inom verksamheterna arbetas kontinuerligt med frågor om kompetensutveckling och fortbildning där patientsäkerhet ingår. Ett exempel inom psykiatri är det gemensamma systematiska arbetet med diagnosrelaterade vårdprocesser. Nya diagnoskategorier tillkommer och arbetet riktas mot uppföljning och kvalitetskontroll, senast har vårdprocessen för suicidnära patienter införts inom hela psykiatrin.

Ett pågående samarbete mellan vårdenheter och forsknings- och utvecklingsenheter inom SLSO sker kontinuerligt. Möjlighet ges 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.

Patienten som medskapare



SLSO önskar att patienter är delaktiga i sin vård. Patienten behöver få kvalitativ och anpassad information om sin vård och behandling och om eventuella risker. Patientens delaktighet utgår från patientens önskemål. En patient som ej önskar eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska ändå kunna få 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 som framkommit i klagomål och synpunkter från patienter och närstående omhändertas på alla nivåer inom SLSO. Lärande och åtgärder utifrån klagomål och synpunkter är en viktig del i vårdens förbättringsarbete.

Sedan flera år hålls regelbundna möten med SLSO Samverkansråd och SLSO Pensionärsråd för samverkan med patient-, brukar- och pensionärsorganisationer i frågor som rör SLSO:s verksamhet och uppdrag. Representanter från dessa råd har deltagit i referensgrupp till projektet ”Digital kompetens” under projektperioden 2020 till april 2023. Referensgruppen har tillsammans med vårdmedarbetare tagit fram ett material för Digitaliseringsträff för patienter och invånare som kommer att provas ut på Täby vårdcentral under våren 2023. Innehållet syftar till att öka patienternas kompetens kring användning av de digitala verktygen appen Alltid öppet och e-tjänster på 1177.se.

Patientenkäter genomförs regelbundet i verksamheten för att mäta patienters upplevelse av information, trygghet och delaktighet. Dessa bidrar med information till de lokala förbättringsarbetena utifrån de resultat som erhålls.

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål omhändertas och tas tillvara och ingår som en del i verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Om en vårdskada uppkommer 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.

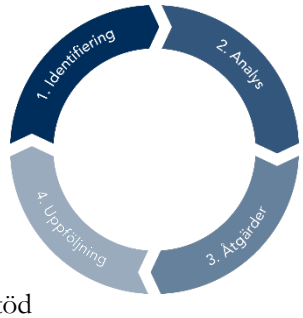
Brukarinflytande är en integrerad del av verksamheten. Vid varje psykiatrisk verksamhet arbetar en Brukarinflytandesamordnare (BISAM). BISAM har egen erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa som patient eller som närstående. BISAM bidrar med patient- och närståendeperspektivet i verksamhetens alla delar. BISAM samverkar med andra funktioner för vårdutveckling, patientsäkerhet och kvalitet. Det finns en övergripande anvisning om brukarinflytande för verksamheterna inom SLSO:s psykiatri.

Inom varje psykiatrisk verksamhet finns ett brukarråd. Det finns också ett övergripande brukarråd i vårdgrenen. I brukarrådet sitter representanter från patient-, brukar- och anhörigföreningar tillsammans med ledningsrepresentanter från respektive verksamhet. Brukarråden syftar till att ge representanterna insyn i verksamheternas arbete och ta del av aktuell information. Inom brukarråden kan det även bildas arbets- eller beredningsgrupper kring olika frågor på verksamheternas initiativ.

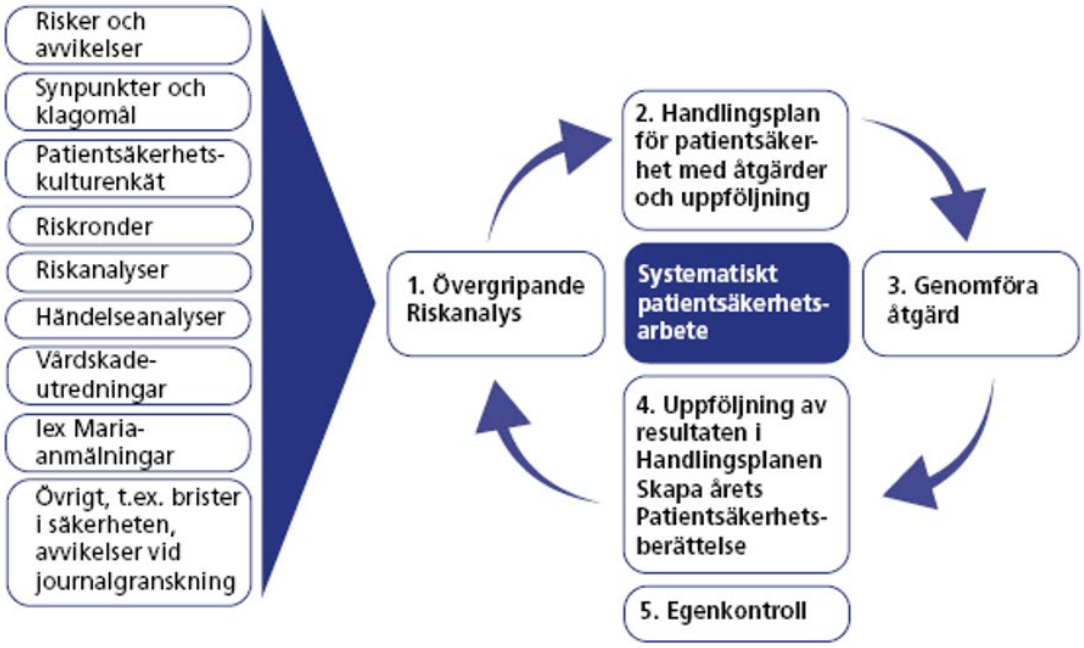
Patientforum erbjuds varje vecka på alla avdelningar inom den psykiatriska heldygnsvården, där BISAM tillsammans med respektive chef på vårdenheten träffar de patienter som vill medverka. Patienterna får en möjlighet att ge sina synpunkter på enheten och innehållet av vården. Under år 2022 hölls det totalt 1082 patientforum där 3532 patienter deltog. Minnesanteckningar från patientforum och patientenkäter sammanställs i en databas, vilken utgör ett underlag för att ta ut olika rapporter som kan användas i utveckling- och patientsäkerhetsarbetet.

Närståendeutbildning och stöd erbjuds inom geriatriken på kognitivmottagningen och osteoporosmottagningen. För anhöriga till patienter inom Habiliteringen finns insatser i form av föreläsningar och anhöriggrupper.

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 riskhantering och riskanalys 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 årliga Kvalitetsbokslut
- material från SLSO:s utdatarapporter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- rapporter från verksamheternas årliga ”Kvalitetsgranskning” av läkemedelshantering
- patientenkäter
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

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 som 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 lex Maria anmälan ska göras till IVO.

Mål: 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.

Resultat och analys av resultat: I HändelseVis görs en vårdskadebedömning av de negativa händelser som inneburit konsekvenser för patienten. Av de negativa händelserna under 2022 bedömdes 950 som en vårdskada, dvs händelsen var undvikbar medan 284 behövde utredas vidare för att förstå om en vårdskada inträffat. Antalet identifierade vårdskador har fördubblats sedan 2021 där en bidragande faktor kan vara det förbättrade formuläret i HändelseVis samt återkommande utbildning om vårdskadebegreppet. Vid regelbundna stickprovskontroller av utförda vårdskadebedömningar i HändelseVis har antalet utförda vårdskadebedömningar ökat samt är i större omfattning korrekt bedömda.

Under 2022 inleddes 282 vårdskadeutredningar (339 år 2021) angående om en händelse medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Till IVO anmäldes 117 ärenden enligt lex Maria. Det är för tidigt att analysera minskningen av antalet inledda vårdskadeutredningar och ärenden som anmälts enligt lex Maria.

Tabell 1. Antal lex Maria anmälningar per vårduppdrag.

Vårduppdrag	2020	2021	2022
Psykiatri	93	80	92
Primärvård	41	34	17
Närakuter	18	11	4
Geriatrik/ASIH	5	5	4
Habilitering och hälsa	0	1	0
SLSO totalt	157	131	117

Majoriteten av de negativa händelserna har mindre, måttlig eller ingen konsekvens för patienten. 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 behandling/omvårdnad, utredning/bedömning och diagnos. Fördelningen har varit densamma under flera år.

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

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma
2020	5%	4%	18%	35%	9%	29%
2021	5%	4%	19%	33%	10%	29%
2022	7%	5%	17%	29%	11%	31%

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. På intranätet läggs avidentifierade färdigutredda lex Maria ärenden från SLSO:s alla vårduppdrag för ett gemensamt lärande.

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 2022 gjordes 9 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.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter (HSLF-FS 2017:37) är kvalitetsgranskning av läkemedelshantering obligatorisk för alla enheter som beställer läkemedel. Tjänsten kvalitetsgranskning är upphandlad regionalt och har utförts av ApoEx på 160 av SLSO:s cirka 400 enheter under 2022 (172 enheter år 2021). Följsamheten till kravet är fortsatt låg inom SLSO och arbete pågår för att förbättra följsamheten. Kvalitetsgranskningar visar att delegering av läkemedelshantering är fortsatt ett av de områden där insatser behövs inom SLSO. Under året har fokus legat på insatser gentemot psykiatrin genom framtagande av ett dokumentationsunderlag för delegering. Liknande arbete har tidigare gjorts med geriatriken. Ytterligare ett område där upprepade anmärkningar förekommer i kvalitetsgranskningarna är ordningen i läkemedelsrummen. Ett regionsgemensamt arbete påbörjades kring standardiserade läkemedelsrum under 2021. Därför är det standard inom SLSO att läkemedelsförråd ska vara ordnade i ATC-kodsordning för att öka patientsäkerheten genom att minimera risken för förväxling. Arbetet med standardisering av läkemedelsförråd har likt föregående år varit begränsat på grund av pandemin varför fokus varit på lokala

insatser, exempelvis riktade insatser vid flytt av läkemedelsrum så att dessa uppfyller krav på godkända läkemedelsförråd.

Granskning av läkemedelsavvikelser

Läkemedelsrelaterade problem är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Faktorer som ökar risken för läkemedelsrelaterade problem är ålder (barn och äldre), behandling med fler än fem läkemedel samtidigt, flera diagnoser och nedsatt kognition. Risker och avvikelser rapporteras i systemet HändelseVis och följs upp månadsvis av VSPS i syfte att få en överblick av vilka områden i läkemedelshantering som behöver förbättringsåtgärder. Under 2022 ökade det totala antalet risk- och avvikelserapporter för läkemedelsområdet till 1802 (1566 år 2021). Dock finns det fortfarande en underrapportering av avvikelser gällande läkemedelshantering.

Tabell 3. Antal risker och avvikelser (tillbud och negativa händelser) gällande kategorin läkemedel.

Kategorier	Risk			Tillbud			Negativ händelse		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Administrering	114	151	265	316	235	399	263	292	279
Övrigt, läkemedel	123	150	141	156	163	130	103	126	113
Ordination	72	71	76	130	116	114	72	85	89
Läkemedelsförsörjning	36	26	33	48	28	35	13	19	13
Kontroll	19	42	24	14	10	18	6	3	9
Läkemedelsgenomgång	16	16	14	21	32	26	7	7	8
Produkt	8	4	7	8	3	8	6	4	1
Antal registrerade	**394**	**460**	**560**	**693**	**587**	**730**	**470**	**519**	**512**

Majoriteten av risker och avvikelser inom läkemedelsområdet sker vid administrering eller ordination, se tabell 3. Det är också vanligt med risker och avvikelser inom ”Övrigt, läkemedel” såsom 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, MediCarrier och Svensk Dos 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: Avvikelser kring slutenvårdsdos är dominerande för ASIH. Även vid iordningställande och administrering förekommer det många avvikelser då fel läkemedel/dos/styrka ges till patient, många av dessa på grund av felaktiga eller inaktuella läkemedelslistor.
Geriatriken: Många avvikelser i övergångarna mellan vårdgivare, särskilt då läkemedel ska lämnas ut till patient vid utskrivning från geriatriken. Vanligt förekommande är också feldoseringar och dubbeldoseringar. Generellt sett rapporterar geriatriken in väldigt få avvikelser gällande läkemedel.

Psykiatri: Majoriteten av avvikelserna inom psykiatrin handlar om att fel läkemedel/dos/styrka har givits till patient, ofta i samband med dosett-delning. En annan frekvent förekommande avvikelse är förväxling av patient vid medicinutlämning. Psykiatrin är den vårdgren 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.

Mål för 2023: 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 en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal ådrar sig till följd av sin yrkesutövning.

Mål: Inom Region Stockholm finns ett handlingsprogram för att minska VRI inom hälso- och sjukvården. SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bland annat informationskampanjer och återkommande mätningar.
ASIH, slutenvårdsgeriatriken och slutenvårdspsykiatrin har anslutit sig till det nationella IT-stödet Infektionsverktyget som ersätter punktprevalensmätning av VRI. Från och med 2022 redovisas förekomst av VRI genom delrapporter som tas fram från Infektionsverktyget två gånger per år.

Resultat: Endast geriatriken var ansluten till Infektionsverktyget hela 2022 och kunde redovisa att andelen patienter med VRI för perioden januari-juni 2022 var 8,3 %. Andel patienter med VRI under perioden juli-december 2022 var 7,6 % inom geriatriken, 21,3 % inom ASIH och 0,4 % inom psykiatrin. Ingen jämförelse kan göras med resultat från föregående år på grund av införande av ny mätmetod.

Analys av resultat: Geriatrikens resultat för januari-juni 2022 visar en högre siffra jämfört med icke-geriatrisk somatisk slutenvård i Region Stockholm, men motsvarande resultatnivå som övriga geriatriska verksamheter. Regionens slutrapport för VRI juli-december 2022 är ännu inte publicerad och SLSO:s resultat kan därför inte bli föremål för djupare analys. En faktor som fortfarande antas påverka VRI-prevalensen negativt inom ASIH och geriatrik är belastningen på vården i och med covid-19 pandemin. En proportionellt sett större andel inneliggande sköra multisjuka patienter som är mer infektionsbenägna påverkar sannolikt VRI-prevalensen.

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 2022 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.

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.

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. Verksamheterna har lokala rutiner för detta i enlighet med gällande författning (HSLF-FS 2017:37) och SLSO:s övergripande anvisningar. En genomgång av läkemedelssidorna på intranätet Insidan har genomförts med målet att strukturera upp information och förenkla åtkomsten till bland annat övergripande anvisningar och blanketter.

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.

Checklistor och andra hjälpmedel vid arbetet med läkemedelsgenomgångar finns tillgängliga på janusinfo.se. 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. Denna tjänst används inom 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 samarbete med Region Gotland påbörjat ett framtagande av en utbildning inom respektive system. Utbildningarna tillgängliggörs på utbildningsportalen Lärtorget för medarbetare i Region Stockholm och Region Gotland.

Kloka listan

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 4.

Tabell 4. Följsamhet till Kloka listan inom SLSO.

Vårdgren	Följsamhet till Kloka listan		
	2020	2021	2022
Primärvård	90 %	91 %	92 %
Geriatrik	91 %	94 %	91 %
Psykiatri*	70 %	66 %	74 %
Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)*	86 %	86 %	86 %

**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 (92 %) ligger stabilt över tid och stämmer väl överens med Region Stockholms följsamhet för 2022 (91 %). Följsamheten inom geriatriken och psykiatrin uppvisar en något större variation de senaste tre åren där den 2022 ökade för psykiatrin (74 %) och minskade för geriatriken (91 %). Den lägre följsamheten inom psykiatrin och ASIH beror på att den specialiserade vård som bedrivs inom dessa enheter kräver särskild hänsyn till den individuella patienten vid läkemedelsval. Därför varierar följsamheten till Kloka Listan.

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 som drivs av felaktig antibiotikaanvändning, bland annat 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 2022 med 8,9 % till sammanlagt 248 och låg strax under det uppsatta patientsäkerhetsmålet på

250. Utvecklingen i Stockholm stämmer med rikssnittet i Sverige om 251 uthämtade recept per 1000 invånare och år (+9,3 % jämfört med 2021).

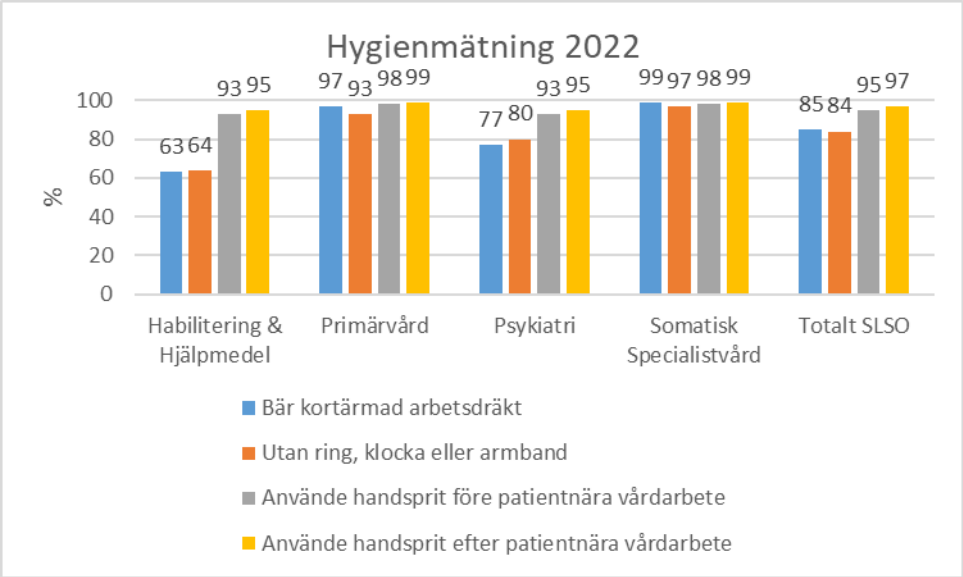
För SLSO finns ett specifikt kvalitetsmått där vi följer antalet uthämtade antibiotikarecept för listade patienter på vårdcentraler. Under 2022 ökade antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade patienter med 21 % (från 76 till 92). Motsvarande målvärden finns inte regionalt eller nationellt.

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 basala hygienrutiner för hela SLSO till följd av covid-19 pandemin. Resultaten från hygienenkäten 2022 visar att de basala hygienrutinerna följs på samma nivå inom Habilitering & Hjälpmedel, primärvård, psykiatri och somatisk specialistvård jämfört med både 2020 och 2021.



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.

Från och med 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.

Säker vård här och nu



Risk- och avvikelsehantering

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 fortsätta att utveckla risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskinventeringar och riskanalyser av patientsäkerheten inom verksamheten.

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. Risker inom information i vårdens övergångar samt risker avseende 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 – Externa avvikelser
- Psykiatri - Behandling/omvårdnad
- Närakuter - Utredning/bedömning/diagnos

Medarbetare har under 2022 registrerat 12 597 risker och vårdavvikelser i HändelseVis. I tabell 5 ses fördelningen av rapporterade risker, tillbud och negativa händelser. Rapporteringen har varit relativt konstant sedan flera år tillbaka.

Tabell 5. Antal och andel rapporterade risker, tillbud och negativa händelser.

År	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
2020	4 222	34%	4 129	33%	4 133	33%
2021	3 897	31%	4 225	34%	4 410	35%
2022	3981	33%	4264	33%	4352	34%

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

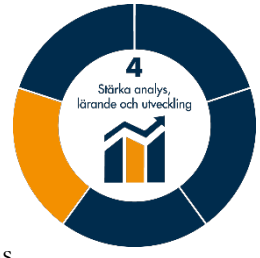
Vårdenheterna inom SLSO beställer rekvisitionsläkemedel i det upphandlade beställningssystemet Visma Proceedo från den upphandlade läkemedelsleverantören ApoEx. Enligt Svensk författningssamling Lag (2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning ska vårdgivaren ha en sjukhusapoteksfunktion. I funktionen ingår chefläkare, medicinskt sakkunnig läkare, apotekare, verksamhetschefer samt ansvariga i transportledet. Funktionen samordnar och stödjer verksamheterna med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till och från verksamheterna via e-post, telefon och intranät.

SLSO:s lokala sjukhusapoteksfunktion förvaltar och följer upp MediCarrier transport rörande distribution av läkemedel och ApoEx kring uppköpta tjänster. Information från SLSO:s enheter ligger till grund för dessa möten. Under 2022 genomfördes en ny regional upphandling för läkemedelsförsörjningen. För att säkra att övergången sker på ett patientsäkert sätt genomförs uppföljningsmöten med leverantörerna.

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 och uppdaterade restlistor på intranätet.

På grund av den markanta ökningen i antalet restsituationer kring läkemedel 2022 har generella SLSO-övergripande licenser sökts. De generella licenserna har underlättat för SLSO:s enheter att få tillgång till rätt ersättningspreparat och varit arbets- och kostnadsbesparande då varje enskild enhet inte behövt söka licens på lokal nivå. Läkemedelsverket har under året utfärdat så kallade särskilda tillstånd för vissa läkemedel, vilket innebär att patienter listade på SLSO:s enheter har kunnat hämta ut läkemedel med generell licens på recept från valfritt apotek.

Stärka analys, lärande och utveckling



Journalgranskning har under 2022 skett bland annat via arbete med markörbaserad journalgranskning och fynd vid dessa granskningar kan användas i verksamheterna för kvalitetsutveckling. Systematiska journalgranskningar genomförs också inom verksamheten 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 framtagna utdata-rapporter. Utdata finns framtaget utifrån TakeCare-data för olika relevanta vårdprocesser inom de olika vårduppdragen. Ett urval av dessa utdata redovisas i SLSO Kvalitetsbokslut. 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 ledning och verksamhetschefer i syfte att användas för att besluta om åtgärder och förbättringsarbeten såväl på SLSO-nivå som på resultatenheten.

Läkemedelsbiverkningar

För att öka rapporteringsgraden till Läkemedelsverket har befintligt utbildningsmaterial tillgängliggjorts för all personal på SLSO:s intranät. Den övergripande anvisningen om rapportering av läkemedelsbiverkningar har omarbetats och innehåller förtydligande av hur man bör arbeta med biverkningsrapportering på verksamhetsnivå.

Nationella läkemedelslistan (NLL)

VSPS deltar i utvecklingsarbetet som Region Stockholm och Region Gotland bedriver för att anpassa funktionaliteten i Läkemedelsmodulen i journalsystemet TakeCare till ny lagstiftning. Arbetet under 2022 har framför allt fokuserat på att delta i framtagandet av lösning för direktåtkomst via TakeCare till information i NLL om patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. VSPS har vidare deltagit i framtagandet av utbildningsmaterial inför lanseringen av nya funktionaliteten som planeras under 2023.

Synpunkter och klagomål

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har SLSO som vårdgivare skyldighet att ta emot synpunkter och klagomål på 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. Sedan några år tillbaka finns också möjligheten att lämna synpunkter och klagomål till verksamheterna digitalt via e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177. Tjänsten är kopplad till avvikelsehanteringssystemet HändelseVis. I stort sett alla verksamheter använder nu tjänsten för att ta emot klagomål. Under 2023 fortsätter införandet av resterande verksamheter. Under år 2022 har totalt 2 529 ärenden inkommit via e-tjänsten på 1177, se tabell 6.

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

	2021	2022
Akademiskt specialistcentrum	0	28
ASIH	0	13
Centrum för cancerrehabilitering	7	10
Geriatrik	0	1
Närakuter	149	286
Patientvägledare	31	29
Primärvård	1880	1885
Psykiatri	34	277
Summa	**2101**	**2529**

Patientvägledare

SLSO:s patientvägledare ingår i ett regionalt nätverk som träffas regelbundet flera gånger per år. Patientvägledaren vägleder patienten i vården och tar emot klagomål via brev, telefonsamtal eller via en egen ingång på e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177. Patientvägledaren är behjälplig med att framföra klagomål om anmälaren inte vill framföra klagomålet direkt till verksamheten och fungerar även som ett stöd till verksamheterna vid klagomålshantering.

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 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. Under 2022 har ärendehanteringsprocessen uppdaterats och anpassats delvis till digitala lösningar.

När vården inte fått möjlighet att besvara ett klagomål överför IVO ärendet till SLSO för utredning i berörd verksamhet. Av de 321 ärenden som inkommit via IVO under 2022 har 157 ärenden överlämnats för utredning inom SLSO och 164 ärenden har IVO valt att utreda, se tabell 9. IVO utreder alltid klagomål där en allvarlig vårdskada kan ha inträffat, 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	2020	2021	2022
Akademiskt specialistcentrum	2	5	5
Geriatrik, ASIH	9	8	13
Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna	11	7	44
Närakuter	103	121	122
Primärvård	286	384	459
Psykiatri	239	254	362
Totalt	**650**	**779**	**1005**

Tabell 8. Antal klagomål inkomna via IVO.

Vårduppdrag	2020	2021	2022
Akademiskt specialistcentrum	0	2	0
Geriatrik, ASIH	10	8	7
Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna	0	2	0
Närakuter	27	24	31
Primärvård	92	102	85
Psykiatri	117	150	198
Övriga	2	3	0
Totalt	**248**	**291**	**321**

Tabell 9. Fördelning av IVO-klagomål.

Vårduppdrag	Klagomål som IVO överlämnat till vården för utredning	Klagomål som IVO utrett
Akademiskt specialistcentrum	0	0
Geriatrik, ASIH	3	4
Habilitering och Hälsa, Hjälpmedelsverksamheterna	0	0

Närakuter	14	17
Primärvård	56	29
Psykiatri	84	114
Övriga	0	0
SLSO totalt	**157**	**164**

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 närsjukvårdsområde.

Ökningen av ärenden från 2021 till 2022 beror till stor del på införandet av e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” via 1177 (se tabell 6). Inkomna ärenden för primärvården är oförändrade vilket förklaras av att breddinförandet var klart 2021. Närakuterna införde e-tjänsten 1177 under senare delen av 2021 och en fullständig analys av siffror kan göras tidigast 2023.

Under 2022 har det skett en generell ökning av antal ärenden utan tydlig förklaring. De flesta klagomål som inkommer via PaN gäller vård och behandling vilket kan handla om fel behandling, fördröjd behandling/diagnos eller missad diagnos. En del klagomål gäller missnöje med vad som står i journalen, exempelvis att diagnosen inte stämmer, detta sedan patienternas tillgång till den egna journalen infördes. Andra återkommande ärenden handlar om bemötande, tillgänglighet eller att patienten behöver få ytterligare information om den vård och behandling de fått. Ärenden som gäller ekonomi handlar mestadels om att återbud inte lämnats i tid och att patientavgiften måste betalas enligt regionens regelverk.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Krisberedskap

SLSO ska genom sitt systematiska arbete med krisberedskap ha en förmåga att förebygga, motstå och hantera krissituationer så att sjukvårdsverksamheten 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 sina nya tjänster, beredskapssamordnare (BSO) samt civil försvarsamordnare, arbeta med träning, simulering och kompetensutveckling

Resultat: SLSO ingick under våren 2022 avtal med HSF för beredskapssamordnare (BSO) och samordnare civilt försvar. BSO och samordnare civilt försvar samarbetar i många frågor.

Under året fastställdes SLSO:s kris- och beredskapsplan som baseras på Region Stockholms krisberedskapsplan och Region Stockholms katastrofmedicinska plan från 2022. Planen föregicks av en risk- och sårbarhetsanalys och beskriver SLSO:s uppdrag, ansvar, ansvarsfördelning och organisation inom dessa områden. I planen beskrivs en ny stabsinstruktion för kris- och katastrofmedicinsk ledning.

Risk-och sårbarhetsanalysen kompletterades med risker kopplat till STYREL (manuell frånkoppling av el vid effektbrist) och resulterade i en sammanställd åtgärdsplan. Åtgärdsplanen kommer att omsättas till en handlingsplan under 2023.

BSO har samordningsansvaret för beredskapsfunktionen i SLSO som har tillgänglighet dygnet runt. BSO och samordnare civilt försvar har under året genomfört två internutbildningar för medarbetare och chefer i lokal särskild sjukvårdsledning.

Närakuterna har i samverkan med enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB) tagit fram en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan. Vid en särskild händelse kommer varje närakut att samarbeta med en i förväg utsedd akutmottagning på ett närliggande akutsjukhus. Syftet är att kunna fördela skadade utifrån skadeläge. För att närakuterna snabbt ska bli informerade vid en särskild händelse ingår de sedan december 2022 i en RAKEL-*grupp (RAdioKommunikation för Effektiv Ledning). När TiB (Tjänsteman i Beredskap) får ett larm kommuniceras detta i RAKEL-gruppen initialt till alla närakuter samtidigt.*

SLSO:s vårdcentraler, mottagningar och vårdavdelningar kan också vara mottagande enheter vid en särskild händelse. Alla resultatenheter ska ha en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan. En mall är skapad för att underlätta framtagandet av lokala planer.

Beredskapslager för läkemedel

Under 2022 fattade regeringen ett beslut om att vården, med ekonomiskt stöd från staten, ska upprätta ett beredskapslager utifrån en lista med kritiska läkemedel framtagen av Socialstyrelsen. SLSO:s sjukhusapoteksfunktion har deltagit i framtagandet av en regional plan för det beredskapslager som kommer att implementeras under 2023. Arbete pågår för att kunna möta utmaningen med geografiskt utspridda verksamheter inom SLSO.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat område under 2023. SLSO:s långsiktiga inriktning för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet avser införande och digitalisering av evidensbaserade, standardiserade och säkra vårdprocesser. SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet ska fortsätta utvecklas där systematisk egenkontroll av ledningssystemet sker i verksamheten på alla nivåer. SLSO representeras i flera regionala forum för samarbete kring säkra vårdprocesser på övergripande nivå.

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.

Under 2023 kommer SLSO:s handlingsplan för patientsäkerhet att anpassas till Socialstyrelsens nationella handlingsplans struktur. Nationella rådet för patientsäkerhet arbetar med framtagande av kvalitetsindikatorer för uppföljning av patientsäkerhet. Dessa lanseras hösten 2023 och kan bli ett viktigt arbetsinstrument för SLSO:s och verksamheternas handlingsplaner.

Prioriteringar görs under 2023 inom följande fokusområden:

Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador

- Standardiserad uppföljning av ett lex Maria-ärende per vårduppdrag vad gäller genomförda åtgärder och avsedd effekt i syfte att sprida lärandet.

Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer

- Digitalisering är ett prioriterat område inom SLSO under 2023. Ett antal aktiviteter för ökad tillgänglighet som videobesök och chatt pågår. Detta beskrivs övergripande i SLSO:s verksamhetsplan för 2023.

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

- Systematiskt arbete med HSE-resultat: Identifiera och följa upp tio enheter med lägst HSE-resultat 2022. Analys, handlingsplan och uppföljning upprättas under 2023. Syftet är att förbättra patientsäkerhetskulturen och patientsäkerhetsarbetet på enheterna. Satsningen utvärderas vid årets slut.

Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling

- Skapa ett forum för chefer att gå Socialstyrelsens utbildning ”Säker vård - nationell utbildning i patientsäkerhet”.
- Skapa en utbildning i patientsäkerhet för nya medarbetare som en del av en utbildning på övergripande SLSO-nivå.

Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

- Inom SLSO:s pågående beredskapsarbete tar alla resultatenheter fram en lokal kris- och katastrofmedicinsk plan enligt en särskilt framtagen mall.
- Resultatet av granskningen som beskrivs under fokusområde 1 sprids och återförs för att öka riskmedvetenheten på olika nivåer inom SLSO.