



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 1 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 2 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Innehåll

Inledning	3
Vårdgivaren SOS Alarm Sverige AB	3
Allmänt	3
Struktur	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Styrning, ledning och uppföljning – (SLU)	5
Samverkan för förebygga vårdskador	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	9
Patientsäkerhetsarbetet under 2021	10
Anmälningar enligt Lex Maria	10
Ärenden från IVO	10
Ärenden från Patientnämnden	10
Åtgärder	11
Nytt beslutsstöd under 2021	12
Patientsäkerhetsarbetet för kommande år	16

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 3 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. SOS Alarm är en enskild vårdgivare med verksamhet vid 15 centraler från Luleå i norr till Malmö i söder. Vår patientsäkerhetsberättelse syftar till att ge en beskrivning av vårt arbete med patientsäkerhet som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Vårdgivaren SOS Alarm Sverige AB

Allmänt

SOS Alarm är en enskild vårdgivare med verksamhet vid 15 SOS centraler från Luleå i norr till Malmö i söder. SOS Alarm bedömer strax över 1 miljon vårdärenden per år.

I SOS Alarms vårdgivaransvar ingår att bedöma och prioritera patienternas behov av ambulans. Detta utför vi på regionernas uppdrag. SOS Alarm har också ett uppdrag, inom sitt vårdgivaransvar, att dirigera prehospitala enheter. Även detta utför vi på regionernas uppdrag. Definitionen för de olika prioriteterna följer den som anges i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2009:10, om ambulanssjukvård m.m.

Prioritet 1 – Akuta livshotande symtom eller olycksfall

Prioritet 2 – Akuta men inte livshotande symtom

Prioritet 3 – Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.

I prioriteringstjänsten ingår, att utifrån en vårdintervju, bedöma behovet av ambulans och bestämma prioritet på patientens uppvisade symtombild samt ge akutmedicinsk rådgivning i väntan på att ambulans skall nå patienten. Larmoperatören kan som stöd i samtalet ta med SOS sjuksköterskor som rådgivare eller helt ta över intervju och samtal. Om bedömningen är att det inte föreligger behov av ambulans skall patienten primärt hänvisas till 1177 för vidare rådgivning. I några regioner har vi ett s.k. samverkansavtal där vi samverkar med regionens egen verksamhet. Det innebär att vi antingen förmedlar samtalet i sin helhet till regionens sjuksköterskor eller involverar dom i specifika delar av larmkedjan.

I dirigeringstjänsten ingår att larma ut och koordinera resurser utifrån bedömd prioritet och i enlighet med den dispositionsrätt som regionerna tilldelat oss. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård ska en region som anlitar en larmcentral för larmning av ambulans i avtal reglerat centralens rätt att disponera ambulanser. Även i detta uppdrag föreligger det samverkan med regionens egen verksamhet, oftast kallat Inre Befäl eller operativa koordinatörer/samordningsfunktioner. Dessa funktioner är oftast reglerade som ett komplement

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 4 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

och stöd till SOS Alarms dirigeringsfunktion där funktionen i regionens regi har mandat till beslutsfattande avseende tilldelning av och styrning till andra resurser inom så väl den prehospitala och mobila vården, inom egen region.

En god säkerhetskultur

Som grund för det systematiska kvalitetsarbetet finns SOS Alarms ledningssystem. Det är ett certifierat ledningssystem enligt ISO 9001:2015. Certifieringen är ett kvitto på att organisationen uppfyller kraven i ovan nämnd standard. Ledningssystemet utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt förbättringsarbete SOSFS 2011:9.

Ledningssystem avser de metoder och principer vi använder för att styra, leda och följa upp verksamheten. Det omfattar allt från riskanalyser, mätningar kopplade till mått och nyckeltal, insamling av förbättringsidéer/avvikelser och kundklagomål till ledning, ledningens beslut om mål, strategier, handlingsplaner och aktiviteter. Alla delar i systemet samverkar.

Vårdgivaren SOS Alarm arbetar med patientsäkerheten i fokus och bedriver ett systematiskt och kontinuerligt kvalitets- och förbättringsarbete. Utgångspunkten är att uppfylla kraven om en god och säker vård, vilket innebär att vi strävar efter en patientfokuserad, ändamålsenlig, säker och jämlik vård som ges i rätt tid till den hjälpbehövande. Detta gäller såväl på ledningsnivå som den enskilde medarbetaren i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal.

Alla medarbetare är skyldiga och ansvarar för att registrera upptäckta avvikelser i instruktioner, rutiner och checklistor samt incidenter, problem, reklamationer, klagomål/missnöje eller konfliktsamtal. På motsvarande sätt uppmanas alla medarbetare att rapportera förbättringsförslag. Alla ärenden registreras i systemstödet för SOS Bättre och är lätt åtkomligt för alla medarbetare via SOS Alarms intranät.

Inom ramen för SOS Alarms informationssäkerhetsarbete finns policy och en mängd riktlinjer avseende personsäkerhet, behörighetshantering, fysisk säkerhet, redundans i IT-system, kontinuitetshantering, krishantering mm.

Adekvat kunskap och kompetens

Eftersom kompetensförsörjning är en förutsättning för organisationens långsiktiga framgång måste medvetenheten om framtida kompetensbehov finnas med i det strategiska arbetet då det är en förutsättning för att leverera god vård.

SOS Alarm har en metodik för kompetenskartläggning som syftar till att besluta nödvändiga kompetenser för respektive roll, skapa förutsättningar för upplärning/utbildning samt ta ställning till kompetensbehov och eventuella gap däremellan årligen.

SOS Alarm genomför för alla medarbetare i operativ miljö en egen grundutbildning som baseras på:

- Klassrumsmiljö/Interaktivt lärande (teori och praktik/övning)
- Handledarledd undervisning i övnings- och skarp miljö

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 5 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

- Medarbetarna följs upp och bedöms under hela utbildningsperioden med kunskapsverifiering som avslutas med en certifiering
- SOS Alarms beslutsstöd är utformat utifrån medarbetarens kompetensnivå
- Kompetensförsörjning och utveckling över tid
- Kundbehov, processutveckling och individens förmågor är ingångsvärden för verksamhetens kompetenskartläggning och utveckling över tid

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård ska en region som anlitar en larmcentral i avtal reglera centralens tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har kompetens för uppgiften.

Struktur

Övergripande mål och strategier

SOS Alarms vision är ett tryggare Sverige för alla. Vår mission är rätt hjälp på rätt plats i rätt tid – dygnet runt, årets alla dagar. Målet är att vårdgivaren SOS Alarm arbetar med patientsäkerheten i fokus och bedriver ett systematiskt och kontinuerligt kvalitets – och förbättringsarbete med fokus på att finna orsaker och vidta åtgärder vid identifierade risker och brister. Riskanalyser och händelseanalyser genomförs enligt handboken för patientsäkerhetsarbete Riskanalys och händelseanalys framtagen av Socialstyrelsen i samverkan med Region Stockholm, Region Östergötland och Sveriges kommuner och regioner (SKR). Detta säkerställer ett strukturerat arbete vid utredningar och analyser. Utgångspunkten är att uppfylla kraven om en god vård, vilket innebär att vi strävar efter en patientfokuserad, ändamålsenlig, säker och jämlik vård som ges i rätt tid till patienten. SOS Alarm är en vårdgivare och lyder därmed under hälso- och sjukvårdens regelverk. Detta gäller såväl på ledningsnivå som den enskilde medarbetaren i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal.

Organisation och ansvar

Styrning, ledning och uppföljning – (SLU)

Vägledande för företagets styrning, ledning och uppföljning är ägare/intressenters krav, regulatoriska krav, kundernas behov samt SOS Alarms mål och strategier: Med utgångspunkt från ovanstående planeras verksamheten ingående enligt den årliga processen för strategisk planering, verksamhetsplanering och budgetprocessen. Processen strategisk planering omfattar flera steg: omvärldsbevakning, intressentanalys, riskanalys, strategier och mål. Leveransen från processen strategisk planering är sedan ingångsvärden för årlig verksamhetsplan och budgetarbete.

SOS Alarm arbetar med patientsäkerhetsarbete i ett nationellt perspektiv genom flera verksamhetsområden och avdelningar. Verksamhetschef Vård och Medicinskt ledningsansvariga

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 6 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

läkare har kravställande uppdrag och arbetar brett med att säkerställa att verksamheten följer de lagar och förordningar som styr oss som vårdgivare. Kvalitet ansvarar för vårt ledningssystem, genomför internrevisioner och förvaltar SOS Alarms process för internt kvalitetsarbete. Verksamhetsutveckling förvaltar vår larmhanteringsprocess, riskbedömer, genomför process- eller beslutsstödsförändringar och följer upp detsamma. Vårdkvalitet riskbedömer och genomför händelseanalyser där det har inträffat eller identifierats risk för en allvarlig vårdskada. Avdelningen bedriver patientsäkerhetsarbetet tillsammans med Verksamhetschef Vård, Medicinskt ansvariga läkare (MLA) och lokala grupp- och platschefer vid bedömning av händelser som har identifierats som en vårdavvikelse. Avdelningen har ett uppdrag att tillsammans med den medicinska professionen bedöma patientsäkerhetsrisken vid vårdavvikelser. Avdelningen är också delaktig i SOS Alarms egenkontroll och uppföljning av vårdverksamheten. Arbetet bedrivs i linje med patientsäkerhetslagen (2010:659)

Ansvarig för det lokala kvalitetsarbetet vid SOS-centralerna är respektive platschef, och ytterst chefen för Produktion. Som stöd till verksamheten finns avdelningen för Vårdkvalitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

När en händelse bedöms ha inneburit allvarlig vårdskada eller risk för sådan utför vårdutvecklare en händelseanalys av ärendet, detta på uppdrag av Verksamhetschefen och/eller Medicinskt ansvarig läkare (MLA). Ansvarig för att händelseanalysen genomförs är Verksamhetschefen, dock kan denne utföras av annan lämpad roll. Återkoppling sker kontinuerligt mellan berörda aktörer, såväl internt som externt. Händelseanalyser genomförs också i större utsträckning i samverkan med regioner som vi har samverkansavtal med och där vi emellanåt har hanterat patienten i båda organisationerna på dennes färd genom larmkedjan. Gemensamma analyser förutsätter att bägge parter rätt ut de eventuella legala hindren för att kunna dela journaluppgifter. Detta kan till exempel göras genom patientens samtycke.

Närmaste chef i linjen är ansvarig för att information och återkoppling sker till berörda medarbetare. Avvikelse som har sin grund i klagomål på bemötande, men där den medicinska hanteringen av ärendet skötts korrekt, handläggs och utreds i första hand av lokala chefer. De har i uppdrag att ta fram, initiera och följa upp handlingsplaner. Resultat och erfarenheter från avvikelsearbetet är en del i utvecklings- och förbättringsarbetet av verksamheten och viktigt i en lärande process.

SOS Alarm arbetar för en öppen patientsäkerhetskultur med målsättningen att medarbetare, samverkansparter och patienter ska känna sig delaktiga och trygga i det förbättringsarbete vi bedriver.

Patienten som medskapare och närståendes delaktighet

SOS Alarms samtalsmetodik utgår från patientens egen upplevelse av sitt tillstånd och syftar till ett samförstånd. Patienten involveras i olika steg genom metodiken med öppna frågor,

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 7 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

inlevelseförmåga hos medarbetaren, till exempel genom att bekräfta patienten och leda tillbaka till relevanta frågeställningar.

Patienter involveras även i förbättringsarbete, händelseanalyser och genom andra kontaktytor.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare är skyldiga att, och ansvarar för att registrera upptäckta avvikelser i instruktioner, rutiner och checklistor samt incidenter, reklamationer, klagomål/missnöje eller konfliktsamtal. På motsvarande sätt uppmanas alla medarbetare att rapportera förbättringsförslag. Alla ärenden registreras i systemstödet för SOS Bättre och är lätt åtkomligt för alla medarbetare via SOS Alarms intranät. Dessutom ska lämplig korrigerande åtgärd på kort sikt vidtas så att avvikelser inte upprepas.

SOS Alarms medarbetare har ett högt engagemang kring sin rapporteringsskyldighet. Alla avvikelser identifieras internt för att de kan ha en påverkan på vår förmåga/leverans och en del av avvikelserna skickar vi vidare till samverkanspart med hopp om att de kan bidra med att göra förändringar/förbättringar i sin verksamhet, eller gemensamt med oss, i syfte att säkra patienten genom hela kedjan.

Internt skrivna avvikelser för 2021 uppgick till 3 640. Externt inkomna kundklagomål uppgick under samma år till 3 415. Medarbetarna skrev samtidigt 1 223 förbättringsförslag. Som tidigare nämnt hanterar SOS Alarm ett totalt antal vårdärenden på strax över en miljon per år.

Klagomål och synpunkter

Kontinuerligt förbättringsarbete är nyckeln till effektivare verksamhetsutveckling. För att kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete krävs rutiner för att identifiera, registrera och dokumentera negativa händelser (avvikelser, kundklagomål från privatpersoner, samverkansparter, Patientnämnden eller IVO) inom verksamheten. Microsoft Dynamics CRM är det ärendehanteringssystem som används inom SOS Alarm för att registrera, dokumentera och följa upp interna förbättringsärenden, så kallade SOS Bättre-ärenden.

SOS Alarm har enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 3 kap. 5 § en skyldighet att anmäla händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Ansvarig för beslutet att en händelse ska anmälas enligt Lex Maria är SOS Alarms Verksamhetschef Vård med stöd av medicinskt ansvariga läkare (MLA).

Vid en vårdavvikelse görs en initial bedömning av händelsen. Bedömning av patientsäkerhetsrisk (PSR) görs utifrån allvarlighetsgraden i händelsen och risken för att det kommer att upprepas. Riskbedömningen utgår från matrisen i handboken för patientsäkerhetsarbete, Riskanalys och händelseanalys, och graderas enligt följande i Microsoft Dynamics CRM Q-Med.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 8 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

0 = ingen patientsäkerhetsrisk

1 = liten patientsäkerhetsrisk

2 = måttlig patientsäkerhetsrisk

3 = stor patientsäkerhetsrisk

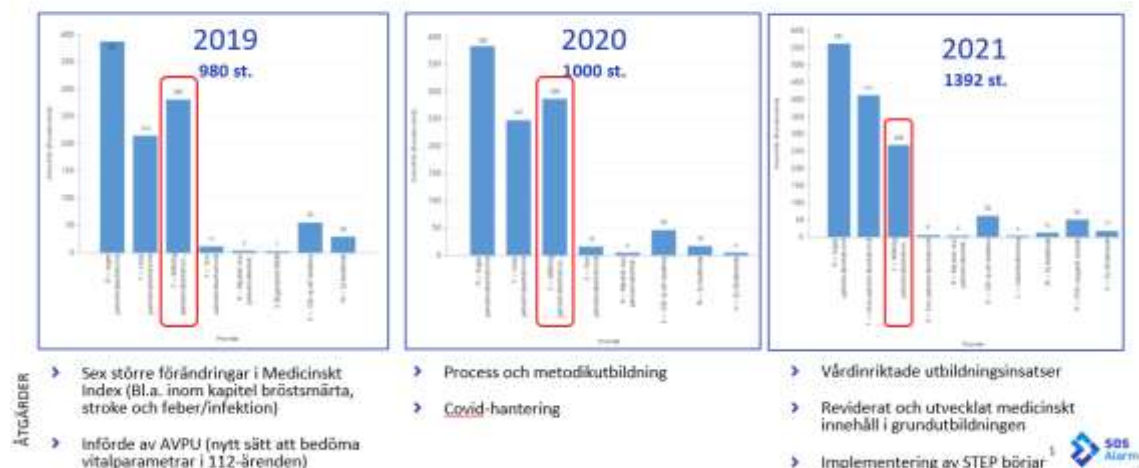
4 = mycket stor patientsäkerhetsrisk

När en avvikelse gällande ett ärende, som har inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för sådan (PSR 3 eller 4), har identifierats görs en analys av händelsekedjan enligt handboken för patientsäkerhetsarbete. Denna analys är en systematisk genomgång och omfattar faktainsamling, orsaksanalys, åtgärdsförslag och uppföljning. Syftet är att identifiera orsaker och risker och ta fram åtgärdsförslag. Analyserna genomförs under ledning av avdelningen för Vårdkvalitet och ligger till grund för beslut om händelsen ska anmälas till IVO enligt Lex Maria. Observera att det inte är enbart i ärenden som bedöms som PSR 3 eller 4 som kan innebära att händelseanalys initieras. Det kan även vara en observerad trend eller flera avvikelser inom samma områden som genererar ett liknande arbete.

Utifrån identifierade orsaker i en avvikelse vidtas förbättringsåtgärder för att så långt det är möjligt minska eller i bästa fall eliminera risken för att det ska upprepas. Tidsplan för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska alltid upprättas i samverkan mellan avdelningen för Vårdkvalitet och ansvarig chef. Återkoppling till patient/närstående, vid Lex Maria, sker utifrån samförstånd mellan avdelningen för Vårdkvalitet och medicinskt ansvariga läkare.

Nedan framgår fördelning av PSR i de ärenden (avvikelser och kundklagomål) som under 2019 - 2021 hanterats i den del av CRM som kallas Q-med, där ärenden som kräver säkerhetsklassificering registreras. Några av de vidtagna kvalitetshöjande åtgärderna under respektive år finns också noterade. En positiv förflyttning nedåt i patientsäkerhetsrisknivåerna syns tydligt och är en indikation på att de förändringar vi genomfört för att öka patientsäkerheten har gett effekt.

SOS Bättre Q-MED utifrån patientsäkerhetsrisk



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 9 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Egenkontroll

Att identifiera styrkor/risker i vår hantering av processen, komma med åtgärdsförslag samt utvärdera genomförda åtgärder och handlingsplaner är grunden till ett systematiskt kvalitetsarbete. Egenkontroll genomförs systematiskt genom olika typer av samtalsuppföljningar, analysarbeten och riktade uppdrag inom utvalda områden.

Flera egenkontroller har utförts inom verksamheten under 2021. Bland annat avseende följsamhet till inhämtande och bedömning av AVPU (medvetandeskala), följsamhet till inhämtande och bedömning av vitala parametrar på HUR nivå, bedömning av vår följsamhet till rutinen avseende hänvisningar vid bedömt icke ambulansbehov samt följsamhet till överlämningsrutin mellan SOS operatör och SOS sjuksköterska. Utifrån beskrivna egenkontroller var det inhämtande och bedömning av vitala parametrar på HUR nivå som hade mest förbättringspotential. Resultat var samstämmigt med det vi sett i vårt övriga systematiska förbättringsarbete. Den främsta lösningen är just införandet av nytt beslutsstöd. Ny egenkontroll gjordes i Q4 2021, då i hanterade ärenden i STEP. Markant förbättring syntes jämfört med tidigare egenkontroll utförd i Svenskt Index för Akutmedicinsk Larmmottagning (SIAL).

2021 har i övrigt handlat om att förbereda vår personal på bytet av nytt beslutsstöd. Samtalsavlyssningar har varit en stor del av vår egenkontroll. Dessa avlyssningar har skett strukturerat enligt beslutad mall, bedömning av följsamhet görs och ev. åtgärder vidtas, i kompetenshöjande syfte, i samverkan med medarbetaren. Inför bytet av beslutsstöd såg SOS Alarm ett behov av ett systematiskt arbetssätt för att skapa bra förutsättningar inför och under införandet av STEP som även möjliggör uppföljningar av olika variabler. Den stegvisa produktionssättningen av STEP skapade möjligheter till lärande, att utveckla arbetssätt och funktioner mer agilt under hela införandet. Ett nära samarbete mellan lokal ledning och projektet var en framgångsfaktor för att tidigt identifiera förbättringsområden, utveckla, korrigera och förbättra. I syfte att stärka medarbetarnas förmåga avseende vårdrelaterade ärenden har lokal ledning fokuserat på identifierade utmaningar för respektive SOS-central. Vårdkvalitet, Produktionsstöd och delprojekt Implementation tillsammans med lokal ledning identifierade för varje SOS central fokusområden samt aktiviteter för genomförande. Allt för att skapa trygghet och bra förutsättningar för medarbetarna inför införandet av STEP. Detta arbete ersatte kravet på regelbundna, dokumenterade samtalsuppföljningar. Därför är antalet registrerade samtalsuppföljningar endast 5616 under året. Däremot så är betydligt fler samtalsuppföljningar än så genomförda men dessa är genomförda i skarp drift genom aktiv coaching av operativa medarbetare i bordet.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 10 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Patientsäkerhetsarbetet under 2021

Anmälningar enligt Lex Maria

Under 2021 har 4 ärenden anmälts enligt Lex Maria då händelsen bedöms ha inneburit allvarlig vårdskada eller stor risk för sådan för patienten. Beslutet att anmäla händelserna har tagits av Medicinskt Ledningsansvariga läkare och Verksamhetschef Vård. Anmälningar har skett utifrån kraven i patientsäkerhetslagen 3 kap. 5 §.

I de flesta av de händelser som anmäls enligt Lex Maria handlar om ärenden där ambulansen av någon anledning har blivit fördröjd till exempel att patienten tilldelats en för låg prioritet i förhållande till patientens symtom vilket lett till ökad väntetid och risk för vårdskada. Det beror en del på misstolkning av beskrivna symtom och en tendens att hitta förklaringsmodeller/diagnostänk kring orsak till symtom i stället för att enbart bedöma symtomen kopplat till tillstånd. Vi har också ärende där satt prioritet är helt korrekt men där vi brustit i följsamhet till gällande regionernas dirigeringsriktlinjer och ambulansen har därmed blivit fördröjd.

Information om Lex Maria publiceras regelbundet på SOS Alarms intranät och externa hemsida.

Ärenden från IVO

Under 2021 har 6 ärenden inkommit från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessa ärenden har initialt bedömts av avdelningen för vårdkvalitet i syfte att bedöma patientsäkerhetsrisken. Hälften av ärenden har bedömts med låg eller ingen patientsäkerhetsrisk. Hälften har handlat om ambulansen av någon anledning har blivit fördröjd till exempel att patienten tilldelats en för låg prioritet i förhållande till patientens symtom eller att dirigeringen blivit fördröjd. Bägge omständigheterna leder till ökad väntetid för patienten.

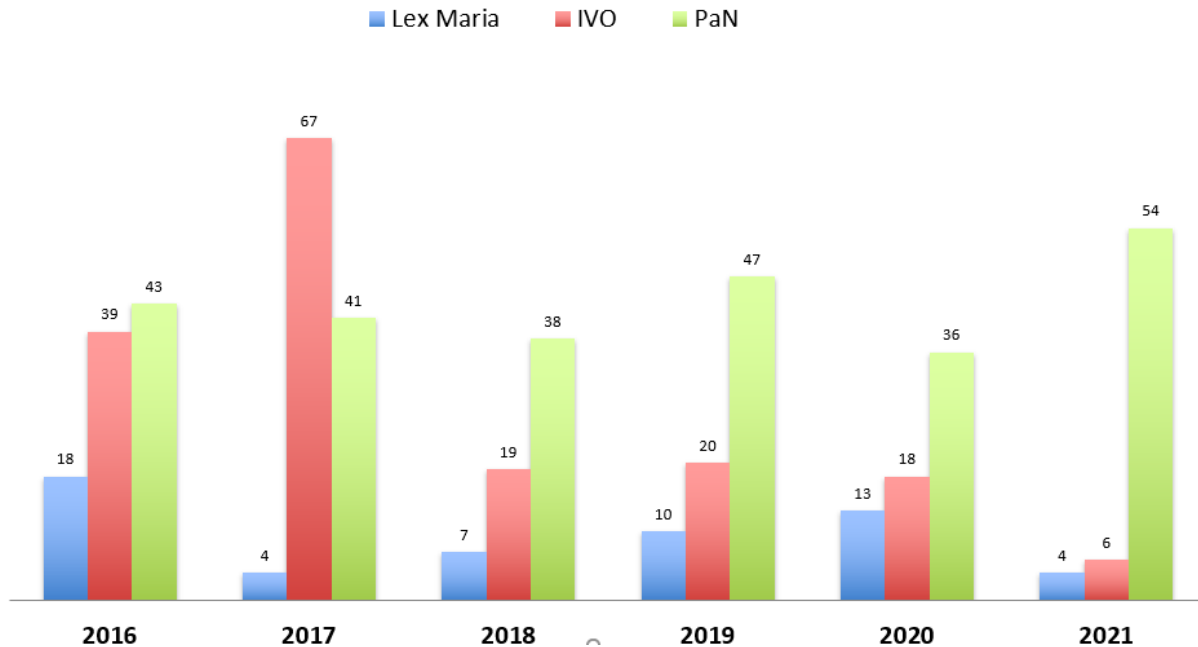
I de ärenden där SOS Alarm identifierat brist i egen organisation och vidtagit åtgärder så har IVO i de flesta fall beslutat att SOS Alarm som vårdgivare har uppfyllt de lagstadgade kraven på en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och stängt ärendet.

Någon tillsyn av IVO har inte genomförts under 2021. SOS Alarm välkomnar all form av tillsyn och ser det som ett lärande och en viktig del i utvecklingen av vårt systematiska förbättringsarbete.

Ärenden från Patientnämnden

Under 2021 har 54 ärenden inkommit från Patientnämnden. Patientnämndsärenden omfattar i huvudsak klagomål på bemötande och andra frågeställningar som inte har medicinsk grund. Ärenden från Patientnämnden hanteras av närmaste chef. I de allra flesta fall kan vi efter ljudfilsavlyssning konstatera att

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version: 11 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen



Åtgärder

SOS Alarm arbetar med ständiga förbättringar genom att fortlöpande se över och uppdatera system, gällande riktlinjer och rutiner. Vårdgivaren SOS Alarms ledningssystem följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ingår som en del i SOS Alarms styrdokument Ledningssystem, som i sin tur följer kvalitetsstandarden ISO 9001. <http://www.socialstyrelsen.se/ledningssystem>

Förutom fortsatt intensivt arbete med pandemin under 2021 så har arbetet med ett nytt beslutsstöd intensifierats och implementering påbörjats. Beskrivning av detta kommer i eget stycke. Men det är i särklass viktigaste åtgärden för att minimera eller eliminera risken för återupprepning av det som vi identifierat som främsta risker i vårt arbete.

Samtidigt jobbar vi för att hitta en strukturerad nationell mall för uppföljning av dirigeringsuppdraget. Det kommer slutföras under 2022. Tills det är på plats så åligger det lokal linjechef att tillse att dirigerter har rätt kompetens och förutsättningar för sitt uppdrag. Följsamhet till gällande regionala direktiv är av största vikt och i de fall som dessa direktiv är otydliga eller svåra att applicera i den operativa driften så behöver man lokalt ha en dialog med våra huvudmän och samverka kring en lösning.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 12 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Nytt beslutsstöd under 2021

Under 2021 har SOS Alarm bytt ut sitt tidigare beslutsstöd, Svenskt Index för Akutmedicinsk Larmmottagning (SIAL), till ett nytt beslutsstöd kallat STEP (Säkerhet, Trygghet, Effektivitet, Precision). Bägge beslutsstöden är symtombaserade beslutsstöd och är anpassade efter medarbetarens kompetensnivå. STEP utgår från patientens orsak till kontakt (s.k. kontaktorsaker) medan SIAL har s.k. Indexnivåer som är mer klustrade och så väl symtombaserade som situationsbaserade. Införandet av STEP startade under senare delen av maj 2021. Återgång till SIAL gjordes under sommarmånaderna och STEP implementering återupptogs under senare delen av september. Implementeringen genomfördes stegvis, med en eller två regioner/centraler i taget, och pågick fram till månadsskiftet januari/februari 2022. Under andra halvan av 2021 hanterades därför patienter så väl i SIAL som i STEP.

En viktig förändring i och med STEP är att användaren guidas genom en tydlig och effektiv struktur och metodik som följer SOS Alarms larmhanteringsprocess. Beslutsstödet stödjer våra operatörer, sjuksköterskor och läkare att besvara frågeställningar, värdera information från hjälpbehövande/hjälpsökande, hantera medicinska intervjuer samt fatta beslut. Med rätt stöd ska det skapas förutsättningar för patientsäkra bedömningar av medicinska tillstånd. Målet är mer korrekta prioriteringar och en effektivare hantering. De medicinska protokollen och de så kallade slutsatsgrupperna utvecklas kontinuerligt utifrån erfarenheter från vårt systematiska förbättringsarbete, regionernas krav, forskningsresultat och är det absolut viktigaste styrverktyget vi har för att uppnå kravet på god vård.

Genomförande

Arbetet med ett nytt beslutsstöd har bedrivits i projektform med en projektbeställare, projektägare, styrgrupp, huvudprojektledare och flertalet delprojektledare inom specifika områden som t.ex. Affär, IT, Medicin, Implementering. Förstudier, flertalet interna riskanalyser (avseende egen verksamhet och SOS Alarm som vårdgivare) inom samtliga delprojekt, flertalet tester av så väl medicinska protokoll som teknik, och en stor mängd externa kundmöten är genomförda så väl innan implementering som under, och efter. Genomförandet startade precis innan sommaren med en tidsbegränsad produktionssättning i Region Jämtland/Härjedalen. Tidigt i implementeringen identifierade vi brister i SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation) dokumentation som i STEP var automatiserad. De automatiska inmatningarna var på sina håll felaktiga vilket ledde till att SBAR upplevdes som oordnad och otydlig.

Åtgärder påbörjades omedelbart och genomfördes under sommaren för att förbättra inför uppstarten till hösten. Tekniska förutsättningar för att skriva för hand och redigera upprepningar har genomförts. Samtidigt pågick, och pågår fortfarande, ett omfattande arbete med att optimera alla medicinska protokoll i syfte att få kortare och mer kvalitativa flöden. Dessa förbättringsåtgärder har

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 13 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

enligt våra egenkontroller genererat bättre SBAR. Flertalet förbättringar är genomförda men det är svårt att få ett faktabaserat svar på hur förändringarna uppfattats i ambulanssjukvården. På flera håll rapporterar man klar förbättring medan på andra håll så rapporterar man ingen skillnad alls. Workshops med ambulanspersonal gällande SBAR är genomförda i syfte att samla in deras input och önskemål kring hur en bra SBAR för ambulanssjukvården ser ut.

Under hela hösten har den successiva implementeringen genomförts. I månadskiftet januari / februari 2022 gick sista regionen och centralen gick in.

Under lång tid med tidigare medicinskt index (SIAL) fick SOS Alarm kritik från ambulanssjukvården avseende bristande träffsäkerhet. Många upplevde att de fick åka till patienter som de inte upplever hör hemma i ambulanssjukvården. I STEP har SOS Alarm byggt protokollen utifrån att skapa en bättre spridning mellan prioriteterna och därmed en bättre träffsäkerhet i akutgraden på uppdraget. Prioriteterna är utökade eller mer differentierade för att mer möta verkligheten, där 1A, 1B och 2A patienter betraktas som akuta patienter som behöver omhändertas skyndsamt utan någon stor fördröjning. 1A är direkt livshotande som till exempel hjärtstopp eller andningsstopp. Prioritet 2B och 3 är patienter som inte bedöms försämrats trots viss väntetid. Under implementeringen såg vi en bättre spridning mellan prioriteter. Under genomförandet har en kontinuerlig dialog tillsammans med involverade kunder genomförts. Kunder har inkommit med klagomål som omhändertagits, analyserats och vid behov åtgärdats. Många av de klagomål som kommer in är förväntade utifrån den stora förändringen bytet inneburet, där medarbetare både intern och extern inte alltid känner igen sig i dokumentation, och prioriteringsgrad. I en uppföljning som genomförts med Region Kronoberg analyserades 5000 ärenden producerade i STEP. Undertriage (i förhållande till ambulansens RETTS) uppmättes till strax under 2 %, övertriage till strax under 30 % och samsyn rådde i ca 70 % av ärendena. Ärendena som var potentiellt undertriagerade rapporterades alla in som avvikelser och åtgärder vidtogs i de ärenden där orsaksanalys visade på behov.

Varje vecka genomförs uppdateringar/förändringar i STEP. Detta möjliggörs genom den teknik vi nu har i och med det nya systemet. SIAL klarade av högst 4 förändringar per år då varje förändring innebar en utbildningsinsats på ett helt annat vis än i STEP. I STEP ändrar vi direkt i systemet och för medarbetaren innebär det att denne inte behöver hålla något i huvudet. Detta gör att vi kan vara mycket mer snabbfotade och få större genomslagskraft på en och samma gång på alla SOS centraler hos alla medarbetare.

Förändringen är stor även för SOS Alarms egna medarbetare och en anpassningsperiod var att vänta. Vi ser att gammal metodik från SIAL tas med in i STEP trots att systemet guidar en mycket tydligare. SOS Alarm behöver fortsätta arbeta intensivt med kompetenshöjning och trygga medarbetaren i sitt arbete i STEP. Detta är ett fortlöpande arbete, inte unikt för STEP men en viktig pusselbit för att uppnå relevant träffsäkerhet i vårdbedömningar. Kontinuerlig översyn och värdering kring hur och var högre medicinsk kompetens ska kopplas in. Vi ser ett behov av att öka andelen ärenden där sjuksköterska medlyssnas och tar över bedömning men vi måste samtidigt säkerställa att det sker i rätt ärenden för optimalt nyttjande av kompetensen (avtal med regionen styr dock)

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 14 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Åtgärder som vidtas behöver inte alltid vara kopplade till sänkning eller höjning av prioriteter, eller omarbetning av frågeflöden/slutsatsgrupper. Det kan handla om styrning i flödet mot annan kompetens, ökad aktivitet och styrning i dirigeringen eller väntrumssjuksköterskans arbete och omhändertagande av patienten i väntan på tilldelning av resurs. Samtliga virtuella väntrum i Sverige bemannas av legitimerad sjuksköterska. Där sker en kontinuerlig övervakning och värdering av patienternas tillstånd. En viktig arbetsuppgift utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv

Lärdomar

Vi kan konstatera att med facit i hand så förutsåg inte SOS Alarm de stora reaktionerna som kom ut i respektive verksamhet inom ambulanssjukvården. Det fanns en god dialog med våra kontakter i respektive region, men svårigheten att få accept för förändringen ända ut i verksamheten var mer utmanande än vad vi tagit höjd för. I våra interna riskanalyser fanns risken med och åtgärden var att löpande pusha ut information till regionerna anpassade för just ambulanssjukvården. Men trots detta lyckades vi inte hela vägen. Vi får inte glömma att förändringen genomfördes mitt i en pandemi och när ambulanssjukvården utsatts för stora provningar samt i en tuff arbetsmiljö. Förutsättningarna för att ta emot en förändring har inte heller varit optimala.

När det gäller dialoger kopplat till under- respektive övertriage så underlättar det inte att det inte finns någon definition av vad som är ett ambulansuppdrag. Det gör det utmanande att bygga medicinska protokoll som är accepterade och förankrade i hela larmkedjan. När gemensam accepterad definition saknas, så är det också svårare att följa upp.

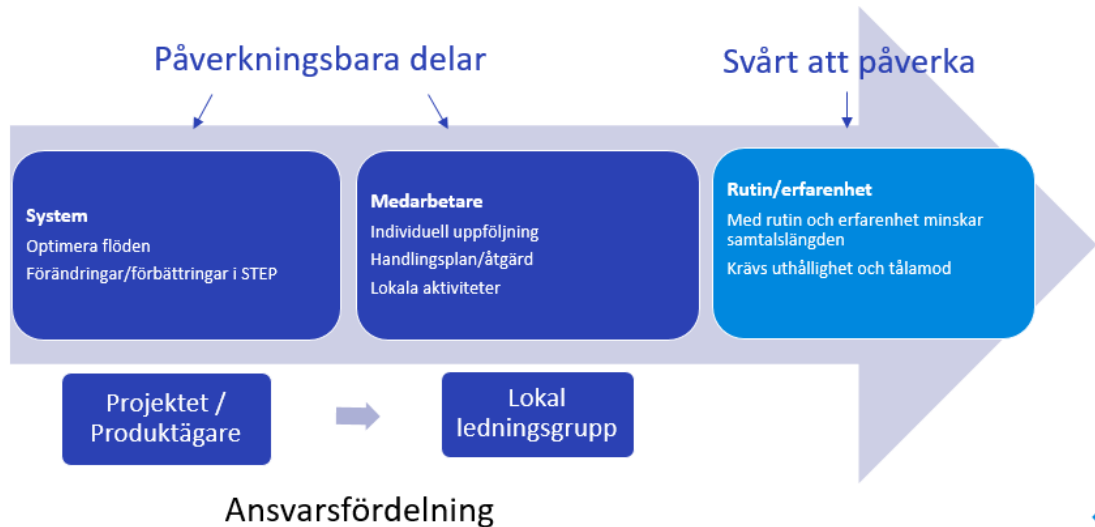
Uppföljning

Uppföljning av utfall i STEP sker genom ordinarie systematiskt förbättringsarbete. Avvikelse, kundklagomål, förbättringsförslag, egenkontroller, riskanalyser, händelseanalyser, uppföljning och coaching av medarbetarna i den operativa driften. Kundklagomål i STEP hanteras enligt följande:



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 15 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

För att öka kvalitet samt effektivitet inom produktion krävs dessa tre delar

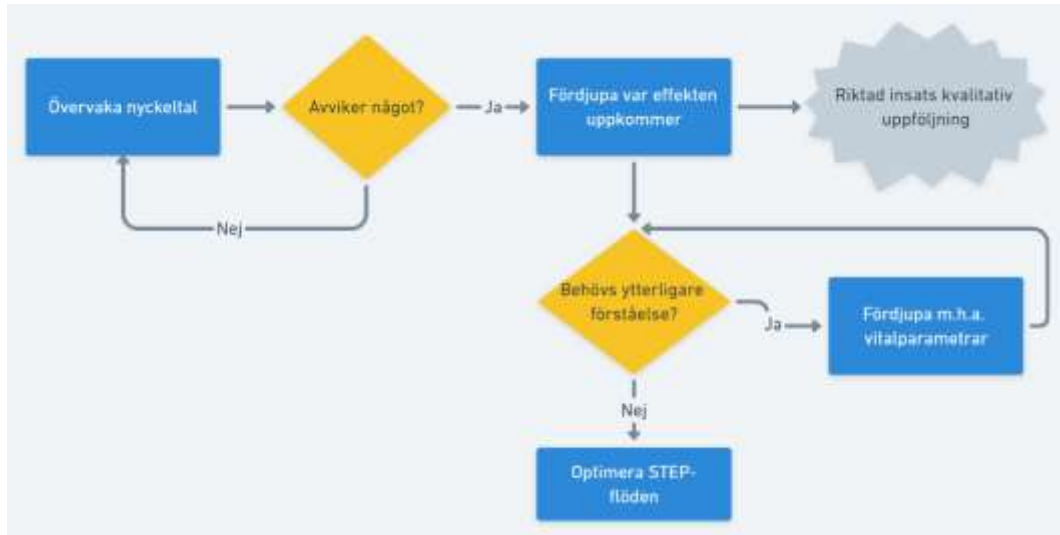


Metod är också framtagen för att utföra kvantitativ uppföljning av data av över tid. Detta vill vi göra tillsammans med regioner som visat särskilt intresse för att bidra. Uppföljningen sker helt och hållet på aggregerad nivå och kan inte härledas till enskilda patienter. Vi är intresserade av att följa nedan datapunkter.

Tillfälle	Informationspunkt
112-samtal	Tid, Kontaktorsak, prioritering
Ambulans på plats	Tid, ESS-utfall, ESS-kod, ESS-kategori, (vitalparametrar)

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 16 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2021-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Ett sätt att följa det kontinuerligt är enligt nedan:



Analys och uppföljning av data ansvarar STEP förvaltningens medicinska grupp. I denna grupp finns de roller och kompetenser (så väl medicinska som tekniska) representerade som bedöms kan driva arbetet framåt och skapa underlag för beslut kring åtgärder. Ansvariga för beslutsfattande och kravställning är Verksamhetschef Vård och Medicinskt Ledningsansvarig Läkare utsedda ägare till det medicinska innehållet.

Patientsäkerhetsarbete för kommande år

Förvaltning och utveckling STEP

En av våra absolut mest prioriterade aktiviteter kopplat till patientsäkerhet är uppföljning, förvaltning och utveckling av de medicinska protokollen i STEP så väl som teknisk utveckling i syfte att stödja våra medarbetare bättre i deras arbete. Förvaltningen för de medicinska delarna är förtydligad så väl organisatoriskt som uppdraget i sig. Förvaltningen har i uppdrag att tillse att utvecklingen av den medicinska innehållet och dess utfall utgår från hög patientsäkerhet i ett helhetsperspektiv. Utvecklingen av det medicinska innehållet och framtagande av dess slutsatsgrupper syftar till att skapa förutsättningar för att identifiera de mest kritiska patienterna men också att identifiera de patienter som kan hanteras på annan vårdnivå och i dessa fall tillse att systemet stödjer i en sådan hänvisning. Utgångspunkten måste vara att systemet ska stödja ambulanssjukvården i ett optimalt resursutnyttjande. Rätt resurs, till rätt patient i rätt tid. Förvaltningens arbete ska vara faktabaserat och framåtsyftande. Det är med denna inriktning vi styr förvaltningens arbete. Förbättringar och utveckling ska ske för så väl SOS operatör som andra roller arbetandes i systemet, som SOS sjuksköterska och SOS Läkare.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2021		Version:	Sida: 17 (17)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2021-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

I övrigt så har ett behov av förbättrat stöd till SOS sjuksköterskan och SOS läkaren i deras arbete identifierats. För SOS Läkarna eller även kallad PHB (prehospital bakjour) funktionen (gäller Region Stockholm) är det identifierat ett stort behov av revidering av Lekarprocessen, så väl som förbättringar avseende uppföljning på både individ och systemnivå. För SOS sjuksköterskan ligger det i plan för 2022 att revidera väntrumprocessen i syfte att tydliggöra vilka arbetsuppgifter och patienter som ska ligga i fokus för deras arbete i väntrummet.

Nationell mall för uppföljning av dirigeringsfunktionen är också en prioriterad arbetsuppgift under året. Detta tillsammans med lokalt arbete i samverkan med regionskund för att identifiera gap i leverans i dirigeringsuppdraget och sätta in relevanta åtgärder kopplat till detta.

Forskning

SOS Alarm har sedan september 2019 en anställd doktorand. Doktoranden driver ett forskningsprojekt med syfte att belysa och förbättra identifieringen av hjärtstopp i larmsamtal. Forskningsprojektet är en del av ett sedan lång tid tillbaka nära och framgångsrikt forskningssamarbete med Karolinska institutet. SOS Alarm samarbetar med flera universitet och lärosäten med syfte att undersöka, beskriva och förbättra SOS Alarms hantering av larmsamtal.