

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 1 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Patientsäkerhetsberättelse

för SOS Alarm Sverige AB

2022



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 2 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

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.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 3 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	4
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
2.2	Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	6
2.2.1	Organisation och ansvar	6
2.2.2	Samverkan för att förebygga vårdskador	7
2.2.3	Informationssäkerhet	8
2.3	En god säkerhetskultur	8
2.4	Adekvat kunskap och kompetens.....	10
2.5	Patienten som medskapare.....	10
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	18
3.3	Säker vård här och nu.....	19
3.3.1	Riskhantering.....	19
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling	20
3.4.1	Avvikelse.....	20
3.4.2	Klagomål och synpunkter	21
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 4 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

1 SAMMANFATTNING

Covid-19 pandemin har präglat sjukvården i stort under de senaste tre åren, så även SOS Alarm. Pandemi eller inte, en trygg och säker vård är alltid det övergripande målet för vårt patientsäkerhetsarbete. Detta tillsammans med handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2021–2024 som grund i arbetet, starkt sammankopplat med vårt ledningssystem för kvalitet – God och säker vård överallt och alltid.

Vi har under 2022 arbetat intensivt med att börja ta igen det som behövts prioritera bort under pandemin, samtidigt har pandemin skapat utmaningar i form av ökad personalomsättning, ökade sjuktal och periodvis skenande svarstider på 112. Under hösten 2021 och fram till februari 2022 pågick ett omfattande arbete med att implementera SOS Alarms nya medicinska beslutsstöd. Detta går att läsa om i patientsäkerhetsberättelsen för 2021. 2022 har sedan präglats av uppföljning, egenkontroller och löpande utvecklingar/förbättringar utifrån fynd som identifierats i det breda systematiska förbättringsarbetet dvs. så väl från interna- som externa avvikelser men även flertalet förbättringsförslag från medarbetare. Utvecklingen och implementeringen av beslutsstödet tog tid och kraft under lång tid, och genomfördes mitt under pandemin, ett år försenat jämfört med ursprunglig tidsplan. Verksamheten fick kraftsamla för att nå i hamn. Nu ligger allt fokus på förvaltning, uppföljning, utveckling och säkerställa följsamhet. Vi ser förflyttningar i positiv riktning. Patientsäkerheten är fortsatt hög, svarstider går på rätt håll och vi har initierat intressanta initiativ tillsammans med regioner som syftar till att ge patienterna ett mer optimalt omhändertagande – rätt patient ska få rätt resurs i rätt tid. Vi går en spännande framtid till mötes.

I hela hälso- och sjukvården behövs dock ett utvecklat och mer proaktivt patientsäkerhetsarbete där alla nivåer tar hänsyn till och arbetar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv ur ett helhetsperspektiv. Förändringar, utmaningar i en del av hälso- och sjukvården kan snabbt påverka andra delar av vårdkedjan, utan att man kanske tänker på det. Påverkan är inte alltid positiv. Det finns otydliga gränssnitt i patientens väg genom vården, där olika intressenter och utmaningar inte alltid leder till vad som är bäst för patienten. Alla signaler pekar på att vi går en framtid till mötes där samverkan över vårdgivargränserna, för att säkerställa att patienten får rätt hjälp, i rätt tid och med rätt typ av resurs, kommer vara viktigare än någonsin.

SOS Alarm har en uttalad vision att vara den självklara partnern för regionerna i den tidiga vårdkedjan, från 112 samtalet till dess att patienten fått rätt hjälp. Den visionen är vår ledstång in i 2023.

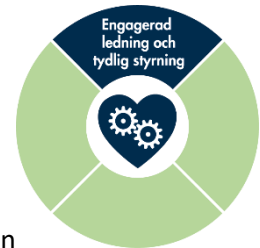
Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 5 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

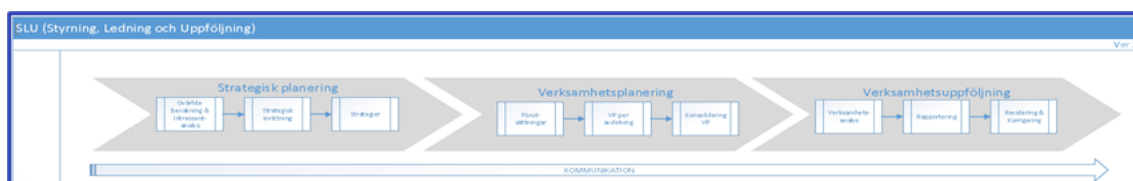
En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



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 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.

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.



Mål för verksamheten

SOS Alarm upprättar treåriga affärsplaner omfattande mål och strategier för att skapa en hållbar och framgångsrik verksamhet som bidrar till att trygghet och säkerhet i samhället förstärks. Därmed är affärsplanen tillika SOS alarms plan för hållbarhet. Planen utgår från analys av väsentligheter med utgångspunkt i omvärldsbevakning och dialog med SOS Alarms intressenter.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 6 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

2.2 Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

SOS Alarms övergripande patientsäkerhetsarbete utgår från Socialstyrelsens styrande författningar och nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i vården 2021–2024, som publicerades 2020. Det övergripande målet är God och säker vård – överallt och alltid – ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Handlingsplanen är väl integrerad i vårt ledningssystem. Strukturen i handlingsplanen utgår från de fyra grundläggande förutsättningarna för säker vård: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare.

Prioriterade fokusområden i handlingsplanen är: 1. Öka kunskap om inträffade vårdskador. 2. Tillförlitliga och säkra system och processer. 3. Säker vård här och nu. 4. Stärka analys, lärande och utveckling. 5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.



2.2.1 Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

SOS Alarm producerar sina vårdtjänster inom prioritering- och dirigering helt eller delvis på samtliga femton SOS centraler. Vårdgivaren SOS Alarm är ansvarig för patientsäkerheten i den egna verksamheten, från nationell nivå till lokal nivå. Det är där som det konkreta arbetet med att förebygga och minska vårdskador genomförs. Nationellt styrs arbetet med att upprätthålla/följa gällande regelverk genom rutiner, beslutsstöd och processer, som fortlöpande följs upp, utvärderas och förbättras. Lokalt ansvarar produktion för tillämpningen av detsamma samt att följa upp, utvärdera och förbättra den tillämpningen. Lokalt ansvarar man även för att säkerställa leveransen i enlighet med huvudmannens (region/regionernas) avtalskrav. Operativa rutiner som tas fram tillsammans med huvudmannen är en av grundbultarna i den leveransen.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 7 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

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. Verksamhetschefen har kravställande uppdrag och arbetar brett med att säkerställa att verksamheten följer de lagar och förordningar som styr oss som vårdgivare. Det är även denna roll tillsammans med medicinskt ledningsansvariga läkare som sätter kravbildningen på innehåll, utveckling samt uppföljning av det medicinska innehållet i beslutsstödet. 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 vårdavvikelse. Avdelningen är också delaktig i SOS Alarms egenkontroll och uppföljning av vårdverksamheten. De ansvarar även för det löpande operativa arbetet med utveckling/uppföljning av det medicinska beslutsstödet, vilket leds av en verksamhetsutvecklare med utpekat ansvar för förvaltning. Under 2022 övertog också avdelningen för vårdkvalitet ansvaret för SOS Alarm vårdutbildning. Syftet är att ytterligare höja kompetensen/nivån på utbildningen och säkerställa en tydlig koppling mellan vårt kontinuerliga förbättringsarbete och hur vi utvecklar våra vårdutbildningar.

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

2.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

När en händelse bedöms ha inneburit allvarlig vårdskada eller risk för sådan utför vårdutvecklare tillsammans med analysteam 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, och även riskanalyser, 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 eller har processer som ska sammanflätas med bibehållen eller ökad patientsäkerhet. Gemensamma analyser i enskilda ärenden förutsätter att bägge parter rätt ut de

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 8 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

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.

2.2.3 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

SOS Alarm uppfyller kraven enligt SSF 1101 och förstudie pågår just nu för att uppnå kraven enligt standard ISO 27001. Uppföljningar och riskanalyser inom området genomförs regelbundet. Flera förbättringsåtgärder har genomförts, bland annat har varje informationsområde erhållit en utpekad informationsägare. En grundsäkerhetsklassning av en informationsmodell är gjord. Objektet Vård är informationsklassat och informationsägare utsedd. Informationsägaren för vård är den person som är ansvarig och beslutar över vårdinformation som innefattas i område Patientjournal och Orosanmälan. I ansvaret ingår till exempel att specificera krav på informationskvalitet, informationssäkerhet och regelefterlevnad. Informationssäkerhetsstrateg har, på uppdrag av informationssäkerhetschefen, regelbundna strategiska möten med alla informationsägare för att säkerställa framdrift. En förbättringsåtgärd som genomförts är de utbildningsinsatser som skett inom område informationssäkerhet, för alla chefer och flera specialister. Skydd mot så väl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter och annan information måste ständigt genomgå förbättringar för att kunna möta de ökade säkerhetskrav som uppstår över tid. Dessa säkerhetsåtgärder utgörs i form av både tekniska och administrativa säkerhetsåtgärder.

2.3 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

- **Ledningssystemet finns för att bidra till att**
 - fastställa principer för ledning av verksamheten (SLU)
 - SOS Alarm realiserar sina strategier i syfte att nå sina mål
 - möta kundernas avtalade behov och förväntningar för att nå hållbar framgång
 - skapa förutsättningar för systematiskt förbättringsarbete som utgår från stabilitet och definierade processer (verksamhetsutveckling)



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 9 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

- skapa tydlighet/enkelhet, effektivitet, gott medarbetarskap och delaktighet
- säkra kvaliteten i verksamheten (inkl. regulatoriska krav)
- säkerställa krav på certifiering enligt avtal
- **SOS FS 2011:9 (Socialstyrelsens föreskrifter)**
 - SOS Alarms som vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av **riskanalys, egenkontroll/hantering av avvikelser.**
- **Certifierat ledningssystem enligt ISO 9001:2015**
 - SOS Alarms ledningssystem för kvalitet är certifierat vilket är ett kvitto på att organisationen uppfyller kraven i ovan nämnd standard. DNV-GL som är ackrediterade av Swedac genomför revisioner och utfärdar certifikat.
- **Certifikat för SSF 136:4 och 136:5**
 - Standard för larmcentraler avseende krav på skalskydd (inbrott, angrepp, brand), utrustning och redundans (strömförsörjning från två olika strömkällor, krav på minst två medarbetare)
- **Informationssäkerhet ISO 27001**
 - SOS Alarms arbete med informationssäkerhet baseras på standarden ISO 27001

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.

Som vårdgivare arbetar SOS Alarm aktivt med frågor kring patientsäkerhet. SOS Alarms systematiska arbete med att identifiera vårdhändelser, genomföra händelse- och riskanalyser samt följa upp vårdverksamheten inom SOS Alarm syftar till att utveckla vårdkompetensen och säkerställa patientsäkerheten. 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. SOS Alarm har en engagerad personal som aktivt arbetar med att rapportera avvikelser och förbättringsförslag.

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

SOS Alarm arbetar kontinuerligt med att öka kunskapen kring identifierade risker och skapa lärande genom flera kanaler beroende på målgrupp, behov och omfattning på innehåll. Det sker genom allt ifrån intranätet, webbutbildningar, arbetsplatsträffar, planeringsdagar, arbetsledare, chefer och handledare/instruktörer.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 10 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

2.4 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

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
- Medarbetarna följs upp och bedöms under hela utbildningsperioden med kunskapsverifiering som avslutas med en certifiering
- SOS Alarms beslutsstöd är utformat utifrån medarbetarens kompetensnivå

Regionernas behov, 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.

2.5 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

SOS Alarms samtalsmetodik utgår från patientens egen upplevelse av sitt tillstånd och syftar till att nå samförstånd. Patienten involveras i olika steg genom metodiken med öppna frågor, inlevelseförmåga hos medarbetaren, till exempel genom att bekräfta patienten och leda tillbaka till relevanta frågeställningar. Beslutsstödet är uppbyggt utifrån patientens orsak till kontakt och frågor ställs med relevans till den kontaktorsaken.

Patienter involveras regelbundet i förbättringsarbetet – vid avvikelser/klagomål och händelseanalyser som ett exempel, men även genom andra kontaktytor.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 11 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Det finns en fastställd övergripande rutin, förnyad under 2022, som reglerar egenkontroll inom SOS Alarms vårdverksamhet. Den är utfärdad av Verksamhetschefen och fastställd i dialog med så väl processägare och Chef för produktionen. Den reglerar uppdragen för egenkontroll inom avdelningen för vårdkvalitet, förvaltningen av medicinskt innehåll i beslutsstödet och för hela vår produktion.

Avdelningen för vårdkvalitet

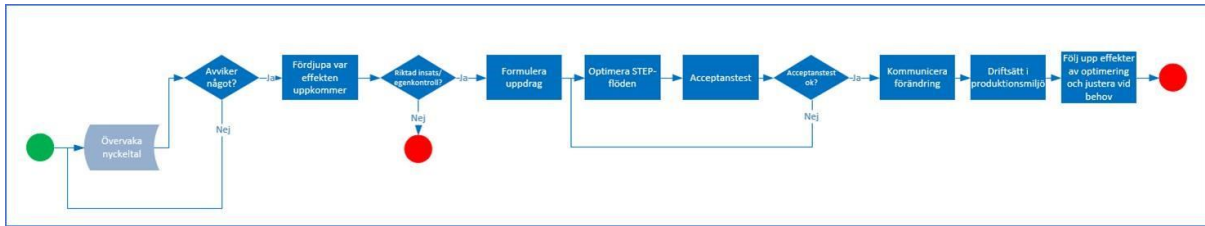
Syftet med egenkontrollerna är att systematiskt följa upp och utvärdera verksamhetens förmåga avseende följsamhet till våra processer, resultat i förhållande till mål och krav samt att identifiera förbättringsområden för utveckling av verksamheten. Egenkontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.



Förvaltningen medicinskt innehåll

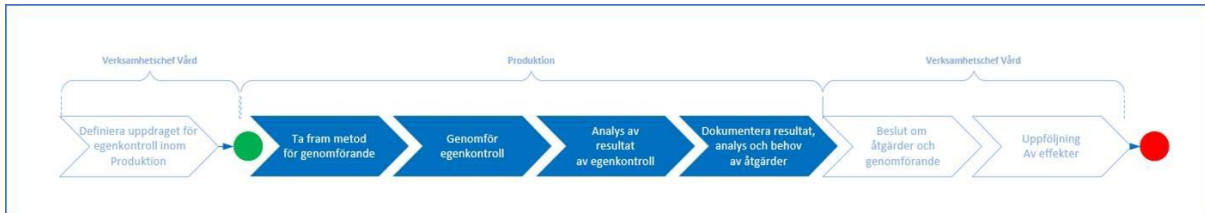
Syftet med egenkontroller inom den medicinska förvaltningen av STEP är att systematiskt och kontinuerligt följa och utvärdera de medicinska protokollens förmåga och utfall avseende att leva upp till kravet på god vård. God vård handlar inte bara om att identifiera de mest sjuka med hög träffsäkerhet inom samtliga prioriteringsgrader utan även att identifiera de mindre sjuka och hänvisa dessa vidare för ett vidare gott omhändertagande hos annan vårdgivare. Egenkontrollerna syftar också till att mäta hur SOS Alarms bedömning står sig mot och relaterar till ambulanssjukvårdens bedömning bedside. Egenkontrollerna ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version: 12 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen



Produktionsverksamheten

Syftet med egenkontroller inom Produktion är att systematiskt och kontinuerligt följa och utvärdera den lokala verksamhetens, och dess medarbetares, förmåga och tillämpning av våra **processer** avseende vårt vårdgivaransvar och **medicinska beslutsstöd**. Egenkontrollerna ska observera trender/tendenser på lokal nivå för centralen men också identifiera behov hos individen, vilket är ett viktigt led i att säkerställa rätt kompetens för uppdraget.



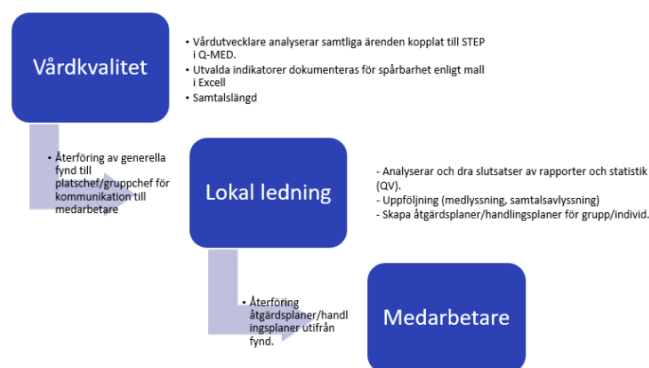
Egenkontroll medicinskt beslutsstöd

Fokus för 2022 avseende egenkontroll har varit det medicinska beslutsstödet.

Syfte och mål

Belysa förbättringsområden samt svårigheter inom den operativa verksamheten kopplat till det medicinska beslutsstödet. Målet är ökad kunskapsåterföring för att proaktivt jobba mot minskad del kundklagomål samt avvikelser kopplat till individuella brister vid användandet av beslutsstödet.

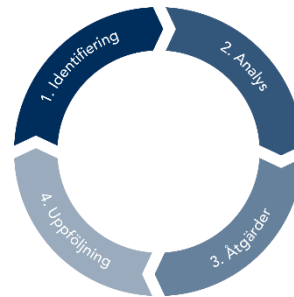
Metod & Omfattning



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 13 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Vårdutvecklare inom avdelningen för vårdkvalitet analyserar samtliga avvikelser och kundklagomål kopplat till beslutsstödet löpande. Rapport presenteras kvartalsvis och har så gjorts sedan implementeringen var klar. Kundklagomålen samt avvikelserna avser över- och underprioritering av vårdärenden samt klagomål kopplade till bristfällig information, s.k. SBAR, ut till ambulansresurs. Utvalda indikatorer som valts ut har dokumenterats för spårbarhet. Några av de viktigaste indikatorerna ur ett patientsäkerhets- och förbättringsperspektiv är:

- Kontrollerande av AVPU (medvetandegrad)
- Kontrollerande av Vitala Parametrar på HUR nivå
- Val av patientens kontaktorsak
- Val av prioritet
- Orsak: System / Individ
- Bedömd PSR = patientsäkerhetsrisk



Vårdkvalitet har utifrån sammanställning av fynd återkopplat detta till den operativa ledningen som ett tillägg till egna lokala slutsatser och rapporter vilket i sin tur skapar ett underlag för återföring till lokala ledningsgrupper.

Egenkontroller för ovan har utförts Q1 2021, Q1-Q4 2022

Resultat

Totalt har 1124 inkommande klagomål/avvikelser granskats sedan Q4 2021. Korrekt hantering, efter utredning, ses i 360 av 1124 ärenden. Av de ärenden som anses vara, av varierad omfattning, felhanterade (handlar om så väl under- som övertriage) ses 67 systemfel. Där 37 av dessa identifierades första kvartalet under införande. Antalet systemfel är sedan dess stadigt sjunkande i både antal och allvarlighetsgrad.

Fördelning bedömda patientsäkerhetsrisker Q1 2021-Q4 2022 ses enligt följande:

Patentriskbedömning (PSR)	Antal
4 (Mycket stor patientsäkerhetsrisk)	2 (anmälda enligt Lex Maria)
3 (Stor patientsäkerhetsrisk)	5 (anmälda enligt Lex Maria)
2 (Måttlig patientsäkerhetsrisk)	190
1 (Låg patientsäkerhetsrisk)	352
0 (Ingen patientsäkerhetsrisk)	566

Åtgärder

Utifrån resultat har rapporten återförts till linjeverksamheten där fokus varit att bidra till förbättring i de delar där individen har sin påverkan, i stort sett uteslutande handlar det om tillämpning/ användandet av beslutsstödet som stöd. Utifrån orsaksanalyser och test av ärendena i systemet i efterhand, konstaterar vi att i de allra flesta fall så hade ärendet fått en korrekt utgång om beslutsstödet hade använts fullt ut.

I de fall det handlat om systemfel, av varierande karaktär, så är samtliga åtgärdade.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 14 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Övriga vidtagna åtgärder handlar om samtalsavlyssning i grupp med linjechefer för ökad förståelse och kunskap av systemet, utbildning, information via regelbundna veckobrev, ytterligare förbättringar i mjukvara och layout för att skapa bättre förutsättningar för användaren.

Åtgärderna följs upp löpande genom granskning av inkomna klagomål samt egenkontroller. Effekter av systemförändringar följs upp i medicinsk förvaltning. Linjeverksamheten ansvarar för uppföljning av individ.

112 uppföljning långa svarstider

SOS Alarm påverkas i hög grad av det som sker i samhället i stort och har likt andra samhällsviktiga funktioner har vi påverkats av pandemin. Hög belastning på 112 i kombination med personalomsättning och höga sjuktal under 2021, som höll i sig långt in på 2022, innebar en påtaglig nedsatt förmåga att hålla väntetiderna på 112. Enligt avtal med staten ska väntetiden ligga på 8 sek. i medel. Väntetiden under 2021 låg på cirka 15 sekunder. Under årets första månad 2022 ökade denna till det dubbla, vilket innebar att vi som vårdgivare behövde bedöma/identifiera vilka risker som föreligger för de som kontaktar 112 för att de har ett vårdbehov. Verksamhetschefen initierade en riskanalys av riskerna av fördröjd vård vid långa väntetider på 112. Uppdraget syftade till att identifiera vilka patientsäkerhetsrisker som finns med de långa väntetiderna. Riskanalysen syftade till att identifiera riskkällor och händelser, skapa förståelse för identifierade risker och avgöra risknivån samt besluta om vilka risker som krävde behandling.

I början av 2022 inkom även en underrättelse från IVO gällande nationell tillsyn och begäran om uppgifter angående förlängda svarstider på 112. Tillsynen är fortfarande aktiv och beslut har inte inkommit från IVO. SOS Alarm har besvarat alla underlag för begäran som inkommit från IVO och åtgärder för att nå förbättrad tillgänglighet på 112 pågår, på så väl kort- som lång sikt arbetas vidare på, samtidigt som vi inväntar IVO beslut. Utifrån patientens perspektiv så är det främst de långa väntetiderna som är viktiga att få ordning på. Vi har under senare delen av 2022 och framför allt i början av 2023 sett förbättrade svarstider rent generellt. I synnerhet så har de långa väntetiderna förbättrats väsentligt.

SOS Alarm inväntar IVO beslut i tillsynsarbetet.

Uppföljning i realtid – coaching i trafikrummet

Samtalsuppföljning är en viktig del och ett verktyg i arbetet med att systematiskt följa upp kvalitet i leverans, identifiera utvecklingsområden samt konkret säkerställa systematisk egenkontroll, enligt kravställd rutin från verksamhetschef (beskriven på sida 12). Rutin för detta har arbetats fram under 2022 tillsammans med en genomförd pilot.

Vald metod

Uppföljning av operativ personal genomförs med realtidsavlyssning och feedback till berörd medarbetare vid uppföljningstillfället. En gemensam mall för uppföljning inom respektive operativ

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 15 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

roll används för att säkra likvärdighet och tillförlitlighet till data och fynd som görs. Övergripande kontrolleras följande: följsamhet till process/plan/beslutsstöd/intervjustöd, attityd/bemötande och effektiv samtalsmetodik.

Redovisning resultat inom vårdprocesser

Den operativa verksamheten skall 4 ggr/år sammanställa sin egenkontroll i samband med kvalitetsgenomgångar som utförs av avdelningen för vårdkvalitet

- Resultat/utfall av egenkontrollen
- Analys av utfall
- Beskrivning av vad man ser för behov av åtgärder, hur man avser omhänderta åtgärderna samt vem som ansvarar och när det ska följas upp

Chef Produktion, eller den som denne utser, ska rapportera sammanställning av detta utfall minst en gång per år (januari varje kalenderår) till Verksamhetschef

Verksamhetschef analyserar resultat, identifierar och beslutar om korrigerande och/eller förebyggande åtgärder.

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



För att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete krävs rutiner för att identifiera, registrera, dokumentera och effektuera identifierade förbättringar. Förbättringar identifieras dels genom oönskade händelser, egenkontroller och förbättringsförslag, dels genom planerade utvecklingsaktiviteter. SOS Alarms metodik för att säkerställa ett systematiskt angreppssätt för avvikelser, kundklagomål och förbättringsförslag stöds av SOS Bättre-processen. Inom ramen för processen nedan ryms aktiva ställningstaganden till patientsäkerhetsrisker, behov av fördjupade analyser, korrigerande/förebyggande åtgärder och naturligtvis uppföljning av effekter, trender och tendenser samt återkopplingar.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 16 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

PDCA

SOS Alarm använder PDCA-cykeln som verktyg och metod för arbetet med ständiga förbättringar. Modellen beskriver förbättringsarbetet som ett cykliskt och kontinuerligt förfarande med riskbaserat tänkande vid varje steg.

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.

Anmälningar enligt Lex Maria

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 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:

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.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 17 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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.

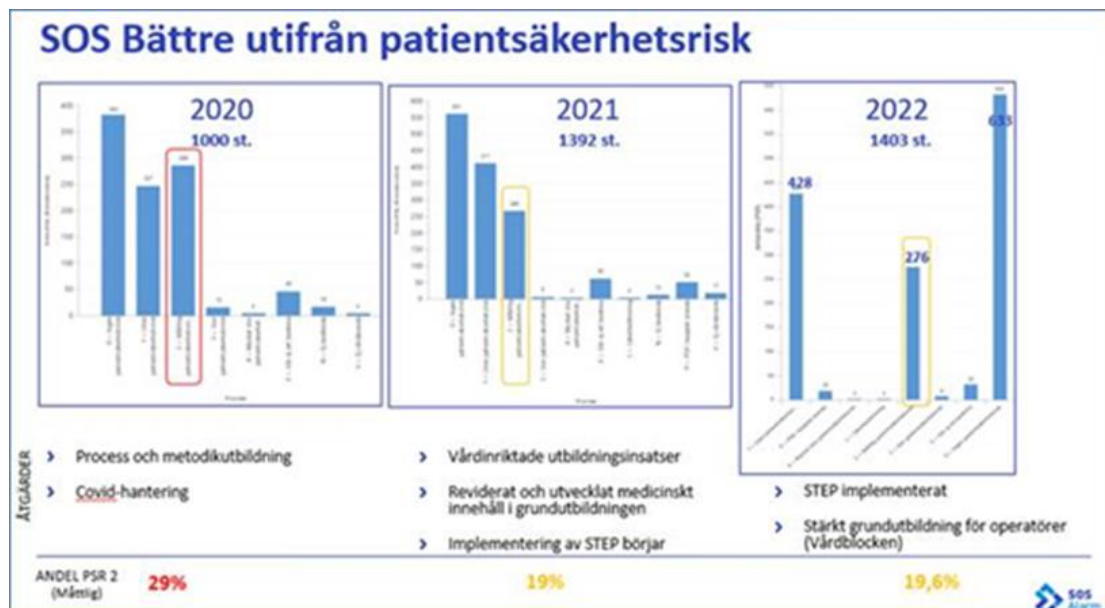


Under 2022 har elva ärenden anmälts enligt Lex Maria då händelsen bedöms ha inneburit allvarlig vårdskada eller stor risk för sådan för patienten. Tre av dessa elva inträffade under 2021. Beslutet att anmäla händelserna har tagits av Medicinskt Ledningsansvariga läkare tillsammans med Verksamhetschefen. Anmälningar har skett utifrån kraven i patientsäkerhetslagen 3 kap. 5 §. Några åtgärder som anmälningarna lett fram till är revidering och utveckling av medicinska protokoll, uppföljning realtid inom flera olika vårdprocesser, utbildning, kunskapsinventering/revidering av grundutbildning, reviderade process för väntetidskoordinering (implementeras under 2023).

Vi har också justerat hur vi jobbar med återföring av kunskap från Lex Maria. En anmälan enligt Lex Maria förväntas leda till diskussion, erfarenhetsutbyte och lärande inom organisationen. Målet utöver lärande är att sträva mot ett mera öppet förhållningssätt där systemtänk prioriteras framför individtänk och därmed ett ökat förebyggande förhållningssätt. Därför har vi omarbetat hur vi sprider kunskap och tydliggjort förväntan på tillgodogörande, samt beskrivet varför det är viktigt och hur SOS Alarm som vårdgivare ser på denna viktiga fråga.

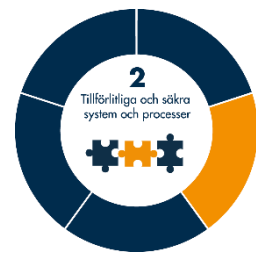
I kommande diagram framgår fördelning av PSR (patientsäkerhetsrisk) i de ärenden (avvikelse och kundklagomål) som under 2020–2022 där säkerhetsklassning krävs. Några av de vidtagna kvalitetshöjande åtgärderna under respektive år finns också noterade. Noteras bör att verksamheten hanterat en pandemi inkluderat uttullning av ett nytt beslutsstöd under denna tidsperiod.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 18 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen



3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



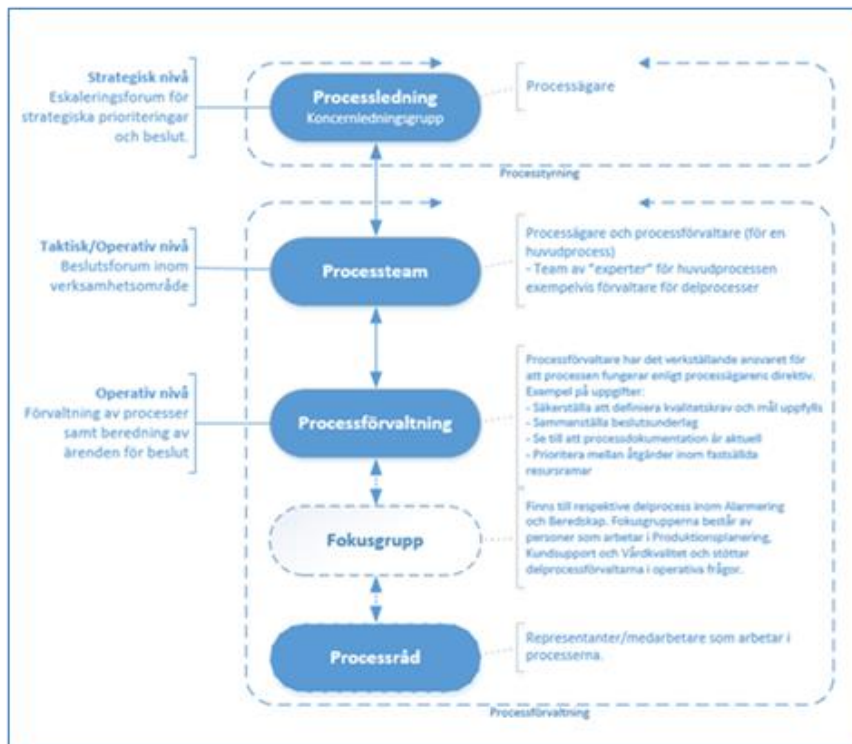
Företagets processer är identifierade och beskrivna. En modell för processförvaltning har tagits fram i syfte att etablera och skapa ett gemensamt synsätt avseende processförvaltning och utveckling inom SOS Alarm.

Modellen bygger på ett antal framgångsfaktorer

- ledningens aktiva medverkan
- en väl definierad processförvaltningsorganisation
- tydligt kartlagda processer
- en målstyrd processförvaltning
- klagjorda ansvarsroller väl definierade rutiner
- systematiskt förbättringsarbete

Syftet med larmhanteringsprocessen är att fastställa rutiner/instruktioner för arbetet i produktion. Delprocessernas aktiviteter är omsatta till larmplaner i systemstödet för våra operatörer som säkerställer ett effektivt kvalitetssäkrat utförande.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 19 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	



3.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Genom SOS Alarms systematiska risk- och kvalitetsarbete återkopplar organisationen regelbundet resultat på nationell, lokal och individuell nivå avseende processefterlevnad, nyckeltal och förbättringsarbete. SOS Alarms medicinska beslutsstöd syftar till en effektiv hantering och att göra patientsäkra bedömningar av medicinska tillstånd samt korrekta prioriteringar. Beslutsstödet stödjer våra operatörer, sjuksköterskor och läkare att besvara frågeställningar, värdera information från hjälpbehövande/hjälpsökande samt hantera medicinska intervjuer och fatta medicinska beslut. Vi skapar samtidigt bra förutsättningar för en ökad kundnöjdhet och en förbättrad arbetsmiljö för våra medarbetare. Vi strävar efter att på alla nivåer och inom alla områden driva ett systematiskt förbättringsarbete enligt PDCA-konceptet (Plan-Do-Check-Act).

3.3.1 Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta

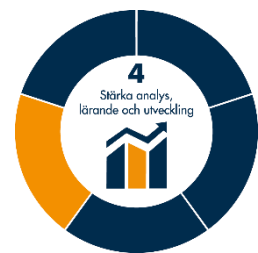
Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 20 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalys/riskbedömningar är en naturlig del av SOS Alarms systematiska kvalitetsarbete och genomförs regelbundet inom flera delar av vårdverksamheten. Flertalet riskanalyser har genomförts under 2022, en av de viktigaste är den som tidigare nämnts under ökade svarstider på 112 – framför allt kopplat till de samtal som får vänta längre än accepterat och som skulle kunna utgöra en risk för patientsäkerheten. Riskanalysen är redovisad inom ramen för en nationell tillsyn initierad av IVO och beslut inväntas.

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Genom SOS Alarms systematiska risk- och kvalitetsarbete återkopplar organisationen regelbundet resultat på nationell, lokal och individuell nivå avseende processefterlevnad, nyckeltal och förbättringsarbete.

Detta uppnås bland annat genom att:

- SOS Bättre analyser av trender och tendenser på individ, lokal och aggregerad nivå
- Samtalsavlyssningar genomförda av avdelningen för Vårdkvalitet
- Händelseanalyser
- Risk- och konsekvensanalyser
- Analys av data genomförd av BI-funktion

3.4.1 Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

I samband med chefsintroduktioner och handledning av ledningsgrupper samt bearbetare i verksamheten påtalas alltid vikten av att regelbundet analysera de bearbetade risker, tillbud, negativa händelser, klagomål och förbättringsförslag som inkommit till enheten. Introduktion och handledning i avvikelshanteringssystemets del för rapportverktyget är alltid en del i den chefs- och bearbetarintroduktion som genomförs.

Medarbetare och chefer rapporterar risker, avvikelser och/eller förbättringsförslag direkt in i vårt avvikelssystem. Ärendena hanteras sedan i enlighet med SOS-Bättre processen.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 21 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt		Datum: 2023-03-01
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

3.4.2 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Patienter och närstående kan framföra klagomål via patientnämnden och direkt till vårdgivaren. När man vänder sig direkt till SOS Alarm som vårdgivare så går man via SOS Alarms kundcenter som tar hand om avvikelsen och tillser att denne kommer in rätt i systemet och hamnar hos rätt handläggare. Klagomålet hanteras sedan i enlighet med SOS-Bättre process.

3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



SOS Alarm genomför riskanalyser fortlöpande och proaktivt i syfte att förebygga oönskade negativa konsekvenser och brister i verksamheten. Även utifrån områden som identifieras genom uppföljning, egenkontroll, avvikelser och kundklagomål.

SOS Alarms kontinuitetshantering har som mål att:

- Säkerställa att verksamhetskritiska aktiviteter och resurser i en organisation ska kunna fungera på en acceptabel nivå även vid svåra störningar
- Avbrutna ordinarie aktiviteter ska kunna återupptas inom en acceptabel tidsperiod
- Synliggöra de största sårbarheterna så att åtgärder sätts in där de får störst effekt

Kontinuitetshantering tar sin utgångspunkt i vad som är viktigast för organisationen, vilka processer och tjänster som är mest kritiska.

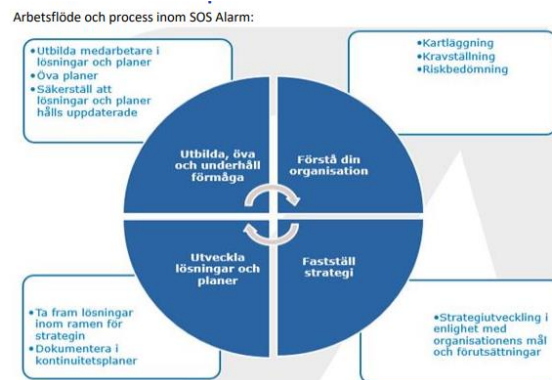


Fig. 2 - Kontinuitetsprocessen

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 22 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

SOS Alarm har en uttalad vision att vara den självklara partnern för regionerna i den tidiga vårdkedjan, från 112 samtalet till dess att patienten fått rätt hjälp. Den visionen är vår ledstång in i 2023.

Samtidigt, finns det utmaningar som vi tillsammans måste möta och omhänderta på ett konstruktivt vis. Flera regioner utreder eller har fattat beslut om egen regi, dvs driva larmcentral helt eller delvis i regionens regi. Uppsala, Västmanland och Sörmland gör detta idag. Det är en samverkansmodell som i sin nuvarande form fungerar väl då dessa regioner tar fullt ansvar för sitt uppdrag och möter samtalsvolymen med snabba övertag och därmed bibehållen patientsäkerhet. Vi har också andra framgångsrika samverkansmodeller så som den vi har med regionerna Blekinge, Kronoberg och Kalmar. En inre befälsfunktion, starkt sammankopplad med SOS Alarm ambulansdirigering kompletterar vår verksamhet med inre ledning, styrning och resurssättning. Utmaningarna som vi står inför är de samverkansmodeller där vi behöver anpassa kompetens och uppdrag utifrån regionala avtal i kombination med att upprätthålla patientsäkerhet på det nationella nödnumret 112. Detta utifrån regionernas olika ambitioner. Det kräver konstruktiva och kreativa lösningar, med ett ansvarstagande från båda parter i egen leverans och förmåga. Det är en utmaning, men ingen omöjlighet.

Ett gemensamhetsprojekt har startats upp tillsammans med regionerna Blekinge, Kronoberg och Kalmar där vi tillsammans utreder hur en gemensam larmcentral med blandade kompetenser och tydligare styrning av 112 samtal kan leverera på uppsatta effektmål inom ramen för projektet. Detta kommer vara en, genomgående i hela verksamheten, prioriterad aktivitet för SOS Alarm under 2023. Vi är också på väg mot en ny samverkansmodell tillsammans med VGR, där partnerskapet är centralt, vilket vi ser som mycket positivt. Det formella beslutet fattas av regionfullmäktige i april 2023.

Samtidigt står vi inför en kompetensbrist på legitimerade sjuksköterskor och svårigheter att bibehålla kompetensen långsiktigt. Det är något SOS Alarm delar med övrig hälso- och sjukvård och vi konkurrerar alla om samma arbetskraft. Det kräver samverkan och dialog kring vilken kompetens krävs i vilket skede/läge. Blandade kompetenser, där den legitimerade personalen är EN viktig del, tror SOS Alarm på. Detta stöds också i resultatet av vårt systematiska förbättringsarbete. Vi kan uppnå så väl hög patientsäkerhet, som träffsäkerhet, genom att nyttja kraften av den sammanlagda kompetensen. Även här behöver vi se till helheten och förbättrade möjligheter till gemensamt analysarbete som belyser hela vårdkedjan på ett annat vis kan vara ett viktigt steg i detta arbete. Var och när nyttjar vi/behöver vi en viss kompetens för att uppnå regionens krav.

Under 2023 kommer vi förutom ovan arbeta med att förbättra vår träffsäkerhet genom att utveckla och ytterligare anpassa det medicinska beslutsstödet och dess protokoll, samtidigt som linjeverksamheten arbetar med att stärka och följa upp följsamheten till detsamma. Kompetenshöjning och "hämta hem" det som behövt stå åt sidan under pandemiåren är ett viktigt fokus. Kopplingen mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö är väl känd. Ökade gemensamma

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 23 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

aktiviteter planeras för att skapa resultat som ökar säkerheten i både vård- och arbetsmiljön. Fortsatta egenkontroller för att följa utvecklingen och säkerställa att vi fortsätter i rätt riktning är en självklarhet.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver ständigt utvecklas. SOS Alarms centrala roller inom vårdverksamheten ser det som en viktig uppgift att stödja varje lokal central i detta arbete och bidra till fortsatt utveckling utan att för den delen ta över deras ansvar eller arbetsuppgifter. Fokus på förbättrad samverkan, inte bara internt inom egen vårdgivare, utan i hela vårdkedjan är avgörande för att uppnå en god patientsäkerhetskultur där erfarenheter hela tiden delas, analyseras och ytterst kommer patienterna till godo.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2022		Version:	Sida: 24 (24)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Externt	Datum: 2023-03-01	
Godkänt av: Verksamhetschef Vård Medicinskt Ledningsansvariga Läkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	