

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 1 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Patientsäkerhetsberättelse

för SOS Alarm Sverige AB

2023



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 2 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Patientsäkerhetsberättelsen för SOS Alarm utgår från lagkrav och följer strukturen i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Syftet med SOS Alarms berättelse är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten under 2023 och samtidigt blicka framåt på vårt kommande arbete under 2024.

SOS Alarm är en enskild vårdgivare med verksamhet vid 15 centraler från Luleå i norr till Malmö i söder. Vi har en unik verksamhet. Vi vet hur Sverige mår, i realtid. Dygnet runt, året om hanterar vi larm och koordinerar hjälpresurser vid sjukdomsfall, olyckor, kriser och störningar. På uppdrag av svenska staten ansvarar vi för nödnumret 112 och har en central roll i samhällets krisberedskap.

Vår verksamhet bygger i grunden på tillit och djupt förankrade värderingar. Hos oss går ett professionellt agerande hand i hand med en tydlig empatisk kompass. Det egna ansvaret är lika självklart som att vi samarbetar och hjälps åt. Vi delar alla drivkraften att utvecklas och hitta nya lösningar.

SOS Alarm ägs av oss alla gemensamt – genom staten och Sveriges kommuner och regioner. Tillsammans skapar vi ett tryggare Sverige för alla, nu och i framtiden.

Vår vision

Ett tryggare Sverige för alla.

Vår mission

Rätt hjälp på rätt plats i rätt tid – dygnet runt, årets alla dagar.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 3 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Innehåll

	Inledning	2
1	SAMMANFATTNING	4
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
2.1.1	Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.....	5
2.2	Organisation och ansvar	6
2.2.1	Samverkan för att förebygga vårdskador	7
2.2.2	Informationssäkerhet	7
2.3	En god säkerhetskultur.....	8
2.4	Adekvat kunskap och kompetens.....	9
2.5	Patienten som medskapare.....	10
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
3.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	13
3.3	Säker vård här och nu.....	16
3.3.1	Riskhantering.....	21
3.4	Stärka analys, lärande och utveckling	21
3.4.1	Avvikelse.....	22
3.4.2	Klagomål och synpunkter	24
3.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap	24
4	MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	26

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 4 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

1 SAMMANFATTNING

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 har varit vår ledstång under 2023, och det arbetet kommer fortsätta under 2024.

Vi vet att tillit är en fullkomligt central faktor i mänskligt samarbete. Om SOS Alarm ska nå sin vision och fortsatt få regionernas förtroende att säkerställa patienternas resa i den tidiga larm- och vårdkedja så kräver det en solid och stark grund att stå på. Ur detta föds förutsättningar för att leverera med kvalitet både gentemot kunder/samverkansparter men också gentemot den enskilda patienten. Ur kvalitativ leverans föds tillit. Tillit är i sin tur starkt förknippat med engagemang, produktivitet och arbetsglädje. Att säkerställa en stabilitet i vår grundleverans och i vår förmåga har varit det absolut viktigaste under 2023. För att lyckas, oavsett vad det handlar om, så kräver det en grundstabilitet i verksamheten där hygienfaktorerna är uppfyllda eller i alla fall under kontroll. Rätt bemanning, sund personalomsättning, friska och nöjda medarbetare. Under 2023 har vi tagit stora kliv i rätt riktning avseende dessa delar.

- Vi har sänkt vår svarstid på 112 till ett medel på 10,87 sekunder (medelsvarstid 2023 var 25,5 sek)
- Vi har gått från ett eNPS (mätning av medarbetarlojalitet enligt global standard) på – 6 till + 45
 - 0–20 är bra, 20–50 är mycket bra, över 50 är utmärkt
- Vi har sänkt vår personalomsättning från 30,4 % till 16,6 %
- Vi har rekryterat 350 nya kollegor
- Vi har genomfört över 13 000 individuella realtidsuppföljningar av vår operativa personal (s.k. MiR)

Parallellt har vi följt upp och utvecklat vår verksamhet och leverans inom prioritering- och dirigeringsstjänsterna. Vi har arbetat med att förbättra och förfina våra medicinska protokoll i det medicinska beslutsstödet. Vi har så väl internt, som tillsammans med samverkansparter följt upp utfall och identifierat så väl positiva förflyttningar, som fortsatta förbättringsområden som i sin tur kommer ligga till grund för hur vi kompetensutvecklar våra medarbetare framåt. Vi har genomfört flera egenkontroller i syfte att följa upp utfall och säkerställa att vi fortsätter i rätt riktning.

Vi har fortsatt att utveckla patientsäkerhetskulturen i verksamheten och under 2023 har vi förstärkt vår medicinska ledning med ytterligare två medicinskt ledningsansvariga läkare (nu totalt fyra till antalet) tillsammans med anställning av ny chefläkare. Översyn av styrande och stödjande dokument har påbörjats.

Allt vårt arbete har lett till att patientsäkerhet ingår i fler agendor än tidigare och förutsättningarna för att nå vår vision har ökat.

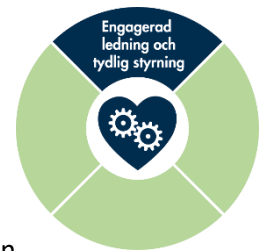
Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 5 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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. Alla, från ledning till medarbetare, involveras i arbetet. Det ständiga förbättringsarbetet sker via förankring i alla led och vi driver kontinuerligt på utvecklingen av standardiserade processer med dokumenterade rutiner och riktlinjer. Genom standardiserade arbetssätt identifierar vi också avvikelser.

För att lyckas med ständiga förbättringar behöver så väl ledning som medarbetare utföra arbetet och utveckla detsamma. Vi ska vara trygga med att händelser som inträffar diskuteras, utreds och åtgärdas.

2.1.1 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.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 6 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen



2.2 Organisation och ansvar

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

Ledningen bär det yttersta ansvaret för patientsäkerhetskulturen. Hur ledningen prioriterar åtgärder och värderar det som sker i verksamheten/vården är avgörande. Att stå för ett öppet klimat och ta tillvara personalens och patienters erfarenheter för ledning och styrning skapar förutsättningar för förtroende och säkrare vård.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet ligger i linjen och är kopplat till varje medarbetares individuella ansvar. **Övergripande ansvar** ligger hos verksamhetschefen för vård. Avvikelse, kundklagomål och förbättringsförslag hanteras i enlighet med processen SOS Bättre.

SOS Alarm arbetar med att utveckla patientsäkerheten 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. Verksamhetschefen är ägare av struktur och metodik i det medicinska beslutsstödet.

Chefläkare är anmälningsansvarig enligt Lex Maria. Chefläkaren sätter kravbilderna på innehåll, utveckling samt uppföljning av det medicinska innehållet i beslutsstödet och i utbildning. Ett gott samarbete och dialog sker hela tiden mellan verksamhetschef och chefläkare. Chefläkaren är medicinskt sakkunnig till VD och styrelse i frågor som faller inom bolagets verksamhet som vårdgivare.

Medicinskt ledningsansvariga läkare utgör medicinskt taktiskt stöd till verksamheten i såväl utbildningsfrågor, det systematiska förbättringsarbetet och i utvecklingen av det medicinska innehållet i beslutsstödet. Rollen förbereder och ger förslag till beslut, tillsammans med övrig vårdverksamhet, till verksamhetschef och chefläkare.

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.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 7 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Avdelningen för Vårdkvalitet utför egenkontroller på uppdrag av verksamhetschefen, de är utbildade analysledare och genomför så väl händelseanalyser som riskanalyser. Avdelningen har ett uppdrag att tillsammans med den medicinska professionen bedöma patientsäkerhetsrisken vid vårdavvikelse. De ansvarar även för det löpande operativa arbetet med utveckling/uppföljning av det medicinska beslutsstödet, vilket leds av en verksamhetsutvecklare med utpekad ansvar för förvaltning. Avdelningen för vårdkvalitet har även 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.

2.2.1 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 Ansvarig för att händelseanalysen genomförs är Verksamhetschefen. Återkoppling sker kontinuerligt mellan berörda parter/involverade roller, 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 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. Utgångspunkten i det systematiska analysarbetet (orsaksanalyser; 5 x varför) är dock alltid systemet som individen verkar i. Det kan dock resultera i åtgärder som behöver hanteras på individ- eller gruppnivå, då framför allt kopplat till kompetenshöjande insatser som ger individen eller gruppen bättre förutsättningar att verka i systemet. Resultat och erfarenheter från avvikelset arbetet 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.

2.2.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

SOS Alarm uppfyller kraven enligt SSF 1101 och projekt är startat med syfte att införa 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 informations klassat 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

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 8 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

ingår till exempel att specificera krav på informationskvalitet, informations säkerhet och regelbundenhet. Informationssäkerhetsstrategi har, på uppdrag av informationssäkerhetschefen, regelbundna strategiska möten med alla informationsägare för att säkerställa framdrift. En förbättringsåtgärd som genomförs är 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)
 - 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.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 9 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Som vårdgivare arbetar SOS Alarm aktivt med frågor kring patientsäkerhet men vi behöver fortsätta utvecklas. Alla medarbetare är skyldiga och ansvarar för att registrera upptäckta avvikelser i instruktioner, rutiner och checklistor samt incidenter, problem, klagomål/missnöje eller konfliktsamtal. På motsvarande sätt uppmanas alla medarbetare att rapportera förbättringsförslag. Vi behöver ytterligare öka vår förmåga att hålla patientsäkerhetskulturen levande i vardagen. Samtidigt som vi ska förtydliga varje medarbetares ansvar behöver vi också skapa psykologisk trygghet. Vi måste våga och kunna prata om våra misstag, våga rapportera och ta dialogen kring risker man ser. Dessa dialoger behöver tas på allvar med fokus på system, konstruktivitet och med ett öppet förhållningssätt. SOS Alarm har generellt en engagerad personal som aktivt arbetar med att rapportera avvikelser och förbättringsförslag.

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.

Kunskap inom patientsäkerhet förmedlas via information och dialog i ledningsgrupper för vidare spridning i linjen. Stödfunktioner inom vård finns tillgängliga för att stödja i så väl formulering av budskap, samtalspunkter och underlag till lokala linjechefer. Det finns också återkommande kontakt mellan stödfunktioner/roller och verksamheten. Så väl personliga som digitala möten har kontinuerligt skett under året.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 10 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

SOS Alarm har under 2023 introducerat 350 nya medarbetare vilket har ställt höga krav på introduktion, upplärning och schemaläggning. Vi har genomfört systemutbildning för samtliga SOS sjuksköterskor i STEP – det medicinska beslutsstödet. Vi har också uppdaterat utlärn timer och träningsmoment i grundutbildning utifrån dragna lärdomar från tex avvikelser och övriga händelser.

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 kontaktsaken.

Patienter involveras regelbundet i förbättringsarbetet. I alla utredningar där patienter är involverade etableras kontakt med patient och/eller anhörig, vilka uppmanas att lämna sina synpunkter och upplevelser.

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.

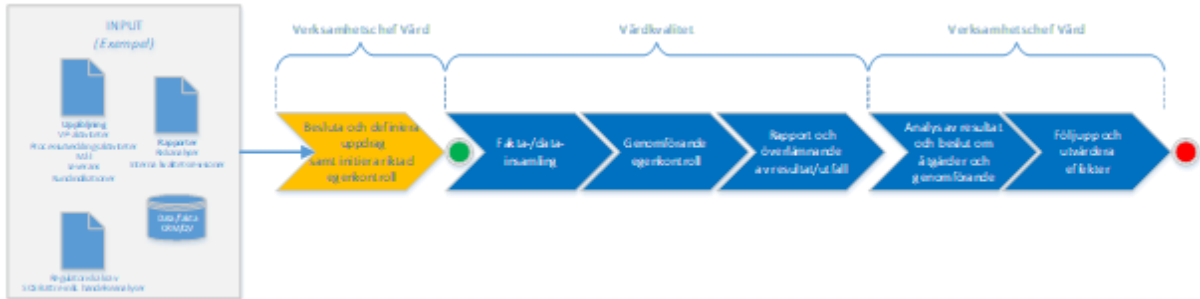
Det finns en fastställd övergripande rutin, förnyad under 2022, som reglerar egenkontroll inom SOS Alarms vårdverksamhet. Den är utfärdad av Verksamhetschefen och fastställd i dialog med så väl processägare och Chef för produktionen. Den reglerar uppdragen för egenkontroll inom avdelningen för vårdkvalitet,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

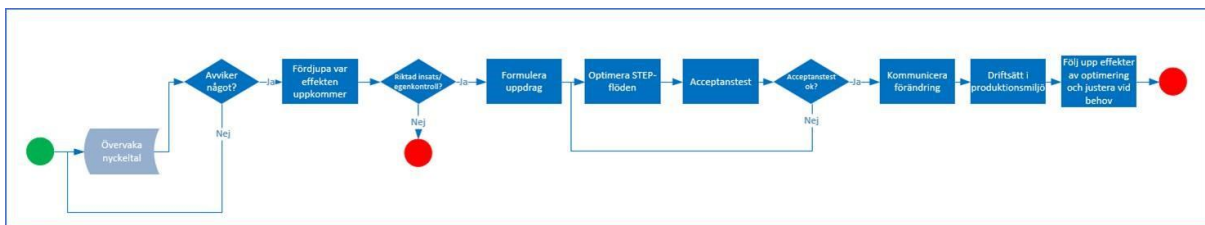
Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 11 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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. Egenkontrollerna ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.



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.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 12 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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.



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 (avvikelse, 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.

Under 2022 reviderade vi 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.

Under 2023 har vi arbetat med ökad kunskap om inträffade vårdskador på sjuksköterskedagar, genom lokala ledningar och på APT.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 13 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	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
- klargjorda 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.

Larmhanteringsprocessen, medicinskt beslutsstöd revideras och utvecklas kontinuerligt varje år. Ibland genom smärre justeringar och ibland mer omfattande revideringar. Även styrande dokument eller bilagor till larmhanteringsprocessen utvärderas och revideras kontinuerligt.

Nya chefer har utbildats i systematiskt kvalitetsarbete (SOS Bättre). Genomförs kontinuerligt.

Effektiv utalarmering

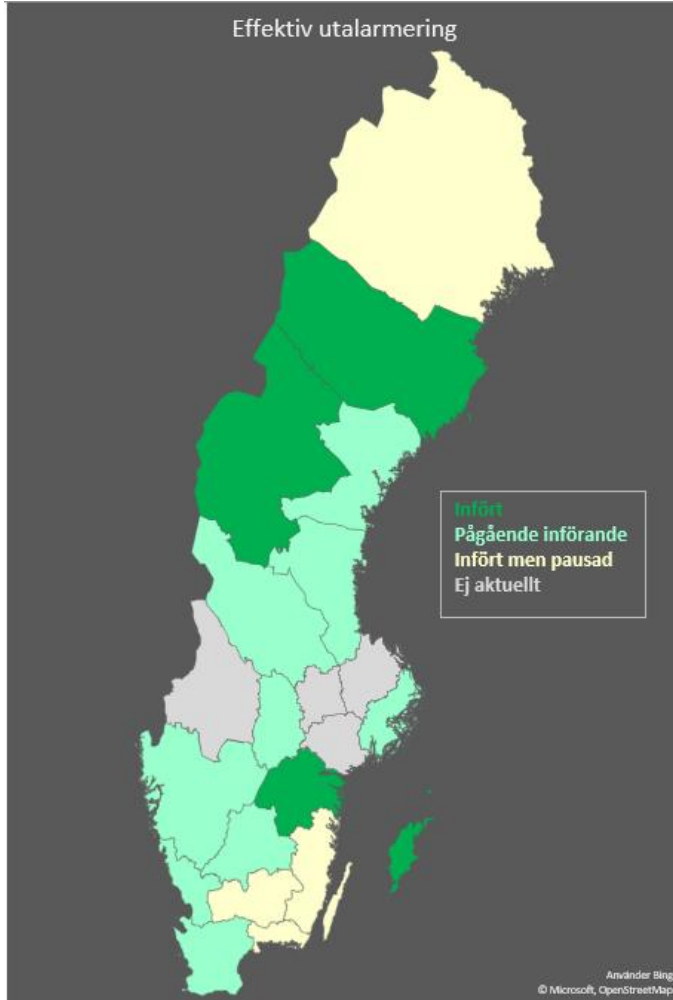
Under 2023 har SOS Alarms verksamhetsutvecklingsavdelning tillsammans med produktion och våra avtalsparter regionerna arbetat för att implementera ett systemstöd som automatiserar utalarmeringen av ambulansresurser vid prioritet 1.

Effekten vi gemensamt vill uppnå är ökad precision och snabbare utalarmering i akuta händelser samt minimera "flaskhalsar" i det sekundoperativa arbetet. Vi vill "nä rätt patient, i rätt tid med rätt resurs" och skapa förutsättningar för en "kostnadseffektiv utalarmering".

Systemstödet triggas vid utvalda, förprogrammerade akuta händelser så som t.ex. hjärtstopp, hotad luftväg m.m. Regionerna bestämmer detta själva i samverkan med SOS Alarm. Regler som styr aktiveringen av automatiken är position, prioritet och geografi.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 14 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Implementering har pågått under hela året. Över 130 samverkansmöten har genomförts med regioner. Status införande ser ut som följer:

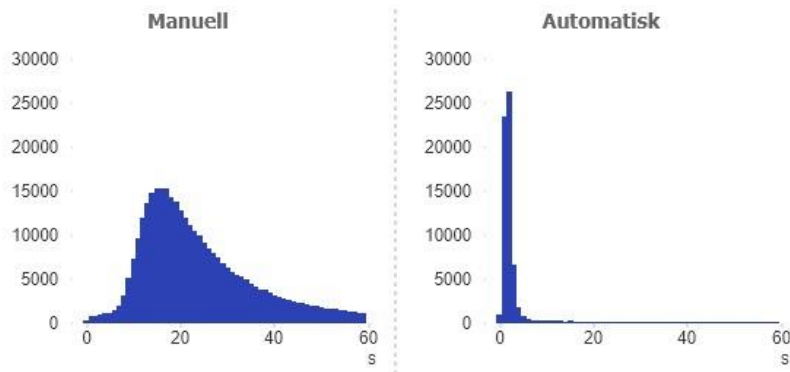


Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 15 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Resultat hittills

Utalarmningsintervall (tid från prio till tilldelad resurs)

- › Manuell: Medel 40 sekunder och median 23 sekunder
- › Automatisk: Medel 4 sekunder och median 2 sekunder

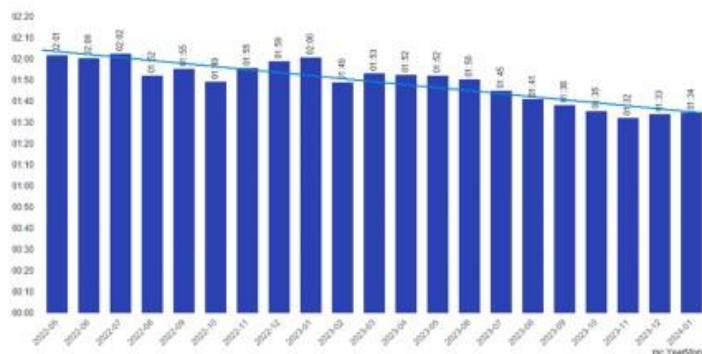


Utveckling av utalarmeringstider för hjärtstopp.

Bild nedan visar nationell utveckling sedan första införandet av effektiv utalarmering

Hjärtstopp

Hjärtstopp nationellt



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 16 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

Öppna jämförelser

Responstid	Antal händelser i öppna jämförelser...	Antal effektiva	Öppna jämförelser	Effektiv utalarmering	Andel kortare än öppna jämförelser	tidsdifferens
2023	377 111	72 960			57%	-00:00:52
2022	369 332	72 960			57%	-00:00:56
2021	345 048	72 960			56%	-00:00:46

Nästa steg 2024 och framåt

- Fortsatt upptrappning i de regioner där det är möjligt
- Fortsatt uppföljning tillsammans med kund
- Fortsatt analys kring upplevd belastning, utmanande/komplexa dirigeringsriktlinjer och korrigeringar som görs efter automatiskt utlarmade resurser
- Fortsatt analys kring eventuella system-GAP
- Kan vi använda systemlösningen för automatiserad leverans av andra tjänster?
- Pågående pilot –Automatisk utalarmering av SMS-Livräddare

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).

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 17 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

E-utbildning i grundläggande säkerhetsutbildning och informationssäkerhet är obligatorisk för alla medarbetare.

Några av egenkontroller som har genomförts under året är:

- Kontaktorsak Mindre Trauma och Yrsel
- Långa svarstider 112
- Patientrisk 2 – förflyttningar i risker
- Hjärtstoppsidentifikation

Resultat av egenkontroller omhändertas av verksamhetschef som initierar relevanta åtgärder. Tre genomgående tydliga fynd i form av förbättringsåtgärder är 1. behov av ökad följsamhet till de medicinska protokollen, vilket vi ser leder till högre träffsäkerhet samt effektivare samtal. 2. Förbättrad samtalsmetodik, vilket leder till ökad trygghet och styrning av samtal, effektivare samtal och ökad träffsäkerhet. 3. Nytt samtal i pågående ärende. Förbättrad metodik i hur vi omhändertar nya samtal i ett redan pågående ärende. Vi tar med oss dessa fynd in i kompetensutvecklingsplaneringen för 2024 och framåt.

Egenkontroll Medarbetaruppföljning i realtid (MiR)

Under 2023 infördes en ny modell för egenkontroll: "medarbetaruppföljning i realtid" Metoden bygger på att ansvarig chef eller en annan kompetenssäkrad medarbetare följer upp samtal i realtid vid operatörsbordet och omedelbart fångar behov av justeringar i arbetssätt och ger feedback direkt.

Totalt genomfördes 13 054 uppföljningar inom hela Produktion, varav 4933 var vårdssamtal, ytterligare 642 samtal följdes upp med extern vårdgivare som mottagare. För SOS sjuksköterskor gjordes 725 uppföljningar och för dirigenter genomfördes 619. Observera att ambulansdirigenter inte följs upp i samtal utan på arbetsuppgifter kopplade till framför allt beredskap och tilldelningsrutiner.

Året har präglats av utveckling av metod och systemstöd för att enklare kunna se resultat i aggregerad form och därmed kunna dra slutsatser kring behov av kompetensutveckling eller processförändringar. I takt med att systemstödet utvecklats under året har respektive lokal ledningsgrupp fått genomgångar och enklare utbildning i både systemstöd och uppföljningsmetodik. En viktig del har även varit att tydliggöra hur bedömningarna ser ut mellan de olika personer som följer upp personalen, i syfte att likrikta bedömningar och ge rätt underlag för gemensamma åtgärder lokalt.

De brister som identifierats under året är till exempel positionering där ort/stadsdel varit ett tydligt problem. Försök till åtgärder har vidtagits både lokalt och centralt tillsammans med Verksamhetsutveckling som genomförde temavecka kring positionering efter att bristerna identifierats.

En aktivitet som kommer genomföras 2024 är fortbildning för våra handledare och där vi vid första tillfället kommer fokusera på beslutsstödet STEP avseende följsamhet och bedömningsfrågor som är ett behov som fångats i medarbetaruppföljning under 2023. Exempel på aktiviteter som genomförts

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 18 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

ute på SOS centralerna efter fynd i MiR är, samtalsavlyssning i grupp kring trender i avvikelser, forma nya medarbetare kring positionering, samt fokus på bedömningsfrågor i STEP.

Egenkontroll uppföljning 112 svarstider

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 2023 sett förbättrade svarstider successivt under året. Slutet på 2023 avslutades i nivå med de avtalade 8 sekunderna. Början av 2024 har levererat svarstider markant under de avtalade åtta sekunderna.

SOS Alarm inväntar nästa steg från IVO utifrån senaste inskickade handlingar (oktober 2023).

Metodbeskrivning av uppföljning/egenkontroll vänte och kötid utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv

Metoden bygger på den dagliga rapporten som tagits fram för uppföljning av samtliga ärenden med väntetider på 112 och som tidigare är kommunicerad till IVO. Inkommande samtals väntetider fördelas, oavsett orsak, i olika intervaller till exempel 1–2 minuter, 2–3 min, 3–4 minuter. Utöver fördelning av väntetider innehåller även rapporten listor på vårdärenden med lång väntetid:

- "Prioritet 1" innehåller antal ärenden som fått prioritet 1A och 1B där samtal legat obesvarat 3 minuter eller mer.
- "Prioritet 1" innehåller de samtal som genererat vårdärende med prioritet 1 som legat mer än 3 minuter innan svar.
- Urval Kontaktorsaker Prioritet 1A innehåller de ärenden som har vissa utvalda tidskritiska kontaktorsaker och genererat prioritet 1A och som legat mer än 3 minuter innan svar. Listan visar de senaste 7 dyggen.
- Prioritet 1B Lista 7 dygn innehåller de ärenden som har prioritet 1B och som legat mer än 3 minuter innan svar. Listan visar senaste 7 dyggen. Rapporten skickas ut på daglig basis till specifika mottagare som har mandat att följa upp samtalen. Urval Ärendet för prio 1A eller B och där första prioriteten satts inom 5 minuter, alternativt sista prioriteten satts inom 5 minuter. Ett ärende kan ju få högre prio i senare skede, som tex i väntan på ambulans och dessa följs upp på andra vis.

2023-02-14 URVAL av kontaktorsaker 1 A som anses tidskritiska

- Hjärtstopp
- Hotad luftväg
- Högenergitrauma

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 19 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

- Hot om suicid
- Drunkning
- Penetrerande trauma
- Trubbigt trauma
- Avsliten kroppsdel
- Samtliga ärenden med 1 B och svarstid över 180 sekunder

Rapporten innehåller information om: ankom till kö, besvarad tid, väntetid, kontaktorsak, prioritet, samt ärendenummer för spårbarhet och analys av samtal.

Systematisk uppföljning av långa svarstider på 112

Avdelningen för Vårdkvalitet avlyssnar samtalen på veckobasis och bedömer patientrisker i varje enskilt ärende med väntetider över 180 sekunder utifrån beskrivna kontaktorsaker och urval.

Riskerna fördelas i tre grupper

A – Konstaterad risk för patientens liv

Väntetiden på 112 har haft direkt påverkan för patientens liv. Vid tidigare svar hade med säkerhet livsuppehållande åtgärder kunnat initieras som varit av ytterst betydande vikt.

B – Risk för patientens liv

Väntetiden på 112 kan ha spelat roll för patientens liv eller fortsatta livskvalitet. Vid tidigare svar hade åtgärder kunnat initieras tidigare.

C – Ingen påvisbar risk

Väntetiden på 112 bedöms inte på något sätt spelat roll för patientens liv eller fortsatta livskvalitet.

2023-06-01 beslutades det om utökad analys

Från och med vecka 22 infördes ytterligare två dimensioner kopplat till att ytterligare stärka uppföljningen av framför allt patienter som tilldelas 1A och 1 B utifrån tidigare beskrivna risker.

1A med slutprioritet 1A och väntetid 1–2 minuter.

1 A med slutprioritet 1 A och väntetid 2–3 minuter.

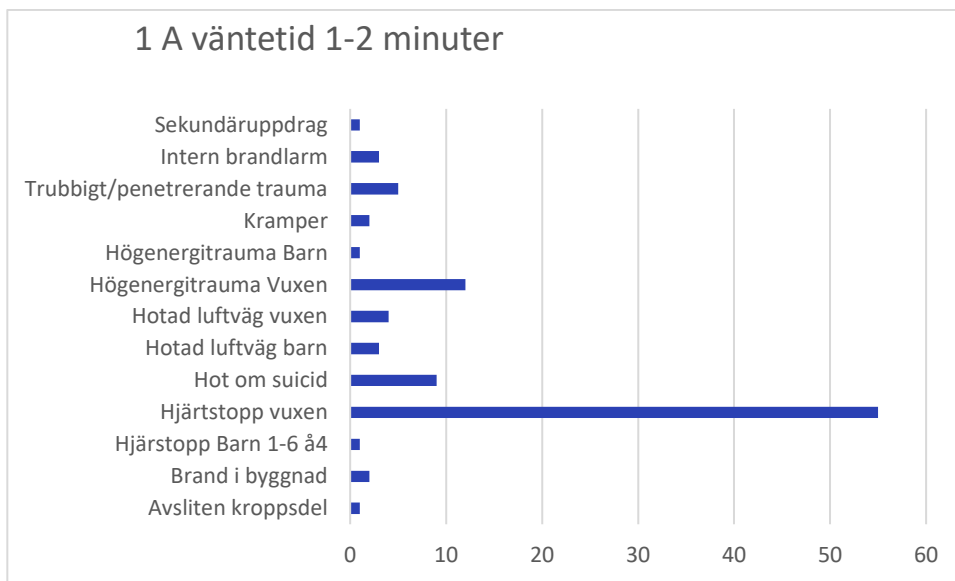
Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 20 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Det finns även analysmaterial för framtida egenkontroller på samtliga 1 B mellan v. 22–34 med väntetid 2–3 minuter.

Resultat

Prioritet 1 A med väntetid 1–2 minuter av totalt ca 14 805 händelser.

99 händelser med tilldelad prioritet 1 A har väntetid mer än 1 minut.



Ingen patient har efter samtalsavlyssning bedömts ha risk A eller B.

11 av 55 patienter hade ett bevitnat hjärtstopp.

- I fyra av dessa händelser vill inringare av olika skäl inte påbörja HLR (multisjuk, äldre inringare, svårt ta till sig instruktion).
- Vid två tillfällen pågår HLR av utbildad legitimerad personal, oklar utgång för patienten.
- I två händelser påbörjas HLR sent på grund av oklara uppgifter och utförs med oklar effektivitet.
- Tre patienter förs till sjukhus, varav två vaknat innan avfärd.

*Högenergitrauma är patienter som varit med om till exempel ridolycka, högt fall, cykelolycka, påkörd person. Ingen patient bedöms ha ådragit sig en förvärrad skada eller förlängt vårdförlopp relaterad till väntetid 112.

1 A med väntetid 2–3 minuter

Två patienter utan risk inom A och B, enskilda händelser, cykelolycka obevitnad samt anhörig som inte får tag i sjuklig närstående, och väntetiden på 112 bedöms inte haft betydelse för den enskilda patienten, dvs i ökad risk för skada och/eller förlängt vårdförlopp.

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 21 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Extern		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

1 B med väntetid över 3 min

Fem patienter utan risk inom A och B.

Två patienter med bröstsmärta, två patienter med symtom på TIA/Stroke samt en yngre patient med sårskada och kortare medvetandepåverkan. Vi ser att vid svar finns snabb och korrekt hantering och den sammanlagda väntetiden på resurs framme på plats har inte påverkats av den långa svarstiden.

Forskningsinitiativ

Idag saknas till stor del forskning och evidens kring effekterna av svars- och utalarmeringstider. All ny kunskap är av stort värde när vi utvecklar larmcentralers organisation, struktur, kompetens och andra faktorer. Det bidrar även SOS Alarms verksamhet. Därför har SOS Alarm gemensamt med KI och SÖS utvärdera sambandet mellan svarstid och överlevnad i överlevnad vid hjärtstopp utanför sjukhus. Hjärtstoppscentrum KI/SÖS tillsammans med SOS Alarm genomfört en studie under tiden som IVO haft sin tillsyn aktiv. Denna studie är nu publicerad. Vikten av "112 svarstid" på hjärtstoppssamtal. Hjärtstopp, oavsett orsak, är det tillstånd som får anses vara det absolut mest tidskritiska. Studien har analyserat medicinska ärenden som krävde ambulans (prioritet 1–3) under en tioårsperiod (2012–2021). 43 367 samtal återfanns i hjärtstoppregistret. Studien fann inget statistiskt samband mellan svarstid och 30 dagars överlevnad vid hjärtstopp.

3.3.1 Riskhantering

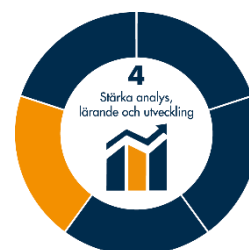
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

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

Riskanalyser/riskbedömningar är en naturlig del av SOS Alarms systematiska kvalitetsarbete och genomförs regelbundet inom flera delar av vårdverksamheten. Flertalet riskanalyser har genomförts under 2023 inom olika områden. Så väl interna som tillsammans med externa parter (huvudman/region eller samverkanspart/ambulanssjukvård).

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.



Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 22 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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

Under 2023 har vi också gemensamt med samverkansparter ökat det gemensamma lärandet. Till exempel har flera tester genomförts inom ramen för projekt Larmcentral i Samverkan som SOS Alarm driver tillsammans med Region Blekinge, Kronoberg och Kalmar. Tester har även utförts med Jönköping i form av hänvisning av patienter med psykisk ohälsa, där kontakt kan etableras via 112 direkt med psykakut, i de fall patienten inte kräver ambulanssjukvård. Säker Sepsis samverkan har genomförts med Region Skåne. Hot om suicidflöden har ensats i gemensam samverkan mellan SOS Alarm, region, polis och räddningstjänst.

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 medarbetare 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 medarbetarintroduktion 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.

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:

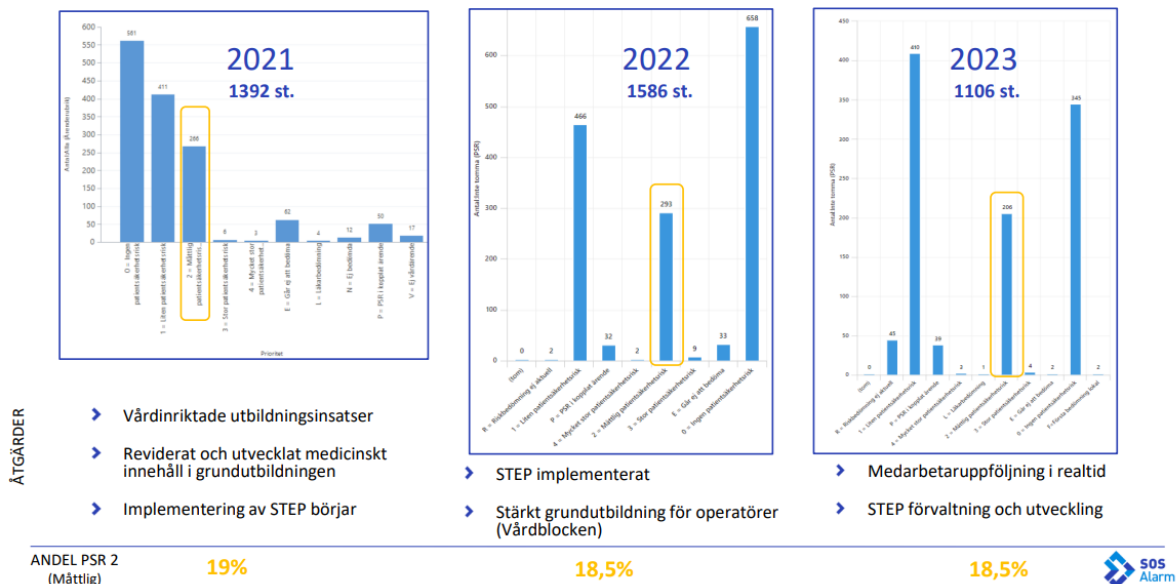
- 0 = ingen patientsäkerhetsrisk
- 1 = liten patientsäkerhetsrisk
- 2 = måttlig patientsäkerhetsrisk
- 3 = stor patientsäkerhetsrisk
- 4 = mycket stor patientsäkerhetsrisk

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 23 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt	Datum: 2024-03-01	
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård	Informationsklass: Öppen	

När en avvikelse gällande ett ärende, som har inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för sådan (PSR 3 eller 4), 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 Chefläkare.

I kommande diagram framgår fördelning av PSR (patientsäkerhetsrisk) i de ärenden (avvikelser och kundklagomål) som under 2021–2023 där säkerhetsklassning krävs. Några av de vidtagna kvalitetshöjande åtgärderna under respektive år finns också noterade.

SOS Bättre utifrån patientsäkerhetsrisk



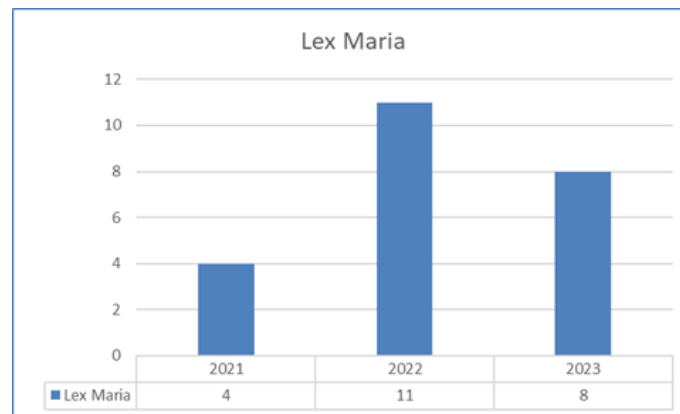
Händelser och vårdskador

SOS Alarm har under 2023 genomfört 28 händelseanalyser. Utöver dessa har vi deltagit i flera gemensamma analyser tillsammans med andra vårdgivare som deltagit i samma larmkedja.

Lex Maria

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 24 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

Under 2023 har åtta 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 tillsammans med Verksamhetschefen fram till och med augusti månad. I augusti månad tillträdde ny chefläkare på SOS Alarm och vederbörande tog därefter över anmälningsansvaret. 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 februari 2024). Aktiviteter/åtgärder kopplat till identifierade risker vid nytt samtal i pågående ärende, utebliven korrekt samtalsmetodik samt uppföljning av ny delprocess för väntrumshantering ligger som prioriterat under 2024.



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 vårt avvikelssystem och hamnar hos rätt handläggare. Klagomålet hanteras sedan i enlighet med SOS-Bättre process. Dessa är en viktig del och en viktig informationskanal för förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

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.



Dokumentnamn: Patientssäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 25 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

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.

Arbetsflöde och process inom SOS Alarm:

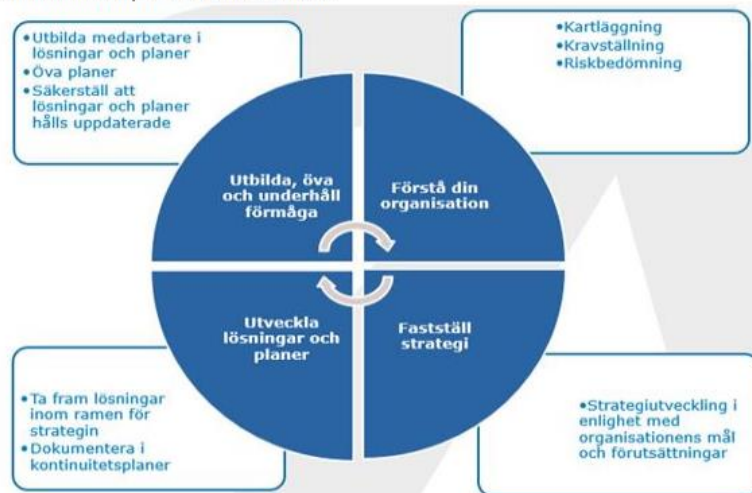


Fig. 2 - Kontinuitetsprocessen

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 26 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

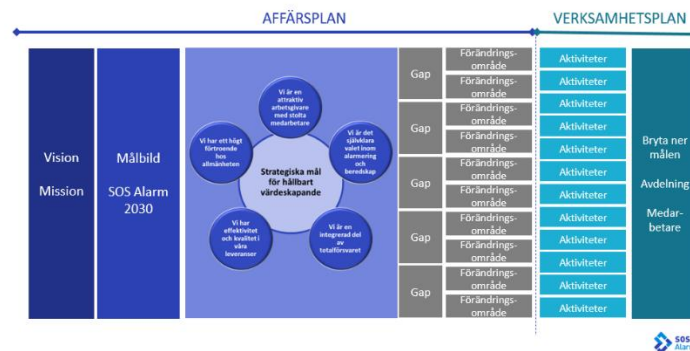
4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

SOS Alarms övergripande mål i Affärsplanen för 2024–2026 är:

Strategiska mål för hållbart värdeskapande



Metodiskt arbetar varje del av bolagets verksamheter med att bryta ned den övergripande affärsplanen till en verksamhetsplan.



Efter ett år av med **fokus på grunderna och en stabiliserad leverans på 112**, kommer vi under 2024 ta nästa steg och fördjupa arbetet inom prioriterade områden som kopplar an till SOS Alarms övergripande affärsplan med särskild koppling till målen: Attraktiv arbetsgivare med stolta medarbetare, Effektivitet och kvalitet i våra leveranser, Självklara valet inom alarmering och beredskap.

Fokusområden kommer vara:

- Kompetens
- Kvalitet
- Effektivitet

Samtliga prioriterade områden stödjer arbetet mot en god och säker vård.

Ett axplock ur underliggande aktiviteter är:

Dokumentnamn: Patientsäkerhetsberättelse 2023		Version: 1.0	Sida: 27 (27)
Utfärdat av: Verksamhetschef Vård	Gäller vid enhet/er: Internt/Externt		Datum: 2024-03-01
Godkänd av: Verksamhetschef Vård Chefläkare	Dokumentägare: Verksamhetschef Vård		Informationsklass: Öppen

- Implementering och uppföljning av förstärkande åtgärder avseende hur vi arbetar med omvårdnad av patienter i SOS Alarms virtuella väntrum
- Samtalsmetodik
- Nytt samtal pågående ärende
- Förbättrad utbildning för SOS sjuksköterskor
- Följsamhet beslutsstöd – kompetenshöjande insatser
- Stärka ledarskapet
- Kompetensutveckling av SOS operatör
- Utökad intern samverkan mellan verksamhet och stödfunktioner inom vård
- Kompetenshöjande insatser för handledare
- Säkerställa vårdleveransen i händelse av höjd beredskap, kris eller krig

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver ständigt utvecklas. Vi fortsätter att utveckla vår patientsäkerhetskultur och vi behöver prioritera mer arbetstid på proaktivt analysarbete så vi kan få fram underbyggda fakta så de insatser och åtgärder som görs, hamnar där vi faktabaserat identifierat att de sannolikt gör mest nytta. Sen följa upp detsamma, och justera där det behövs. 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. Vi behöver förflytta oss från ett läge med mindre känslostyrda/känslobaserade utgångspunkter till att vara mer konkreta, faktabaserade och framåtsyftande. Det vi inte vet, ska vi med samlad kraft skapa mer kunskap kring.