Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Patientsäkerhetsberättelse
För Stockholms läns sjukvårdsområde
År 2021

Agera
för säker vård

Datum: 2022-02-28
Ansvarig för innehållet: Karin Persson
Diarienummer: SLSO 2022-0657

Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

Innehåll

SAMMANFATTNING 3

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

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 14
Säker vård här och nu 15
Risk- och avvikelsehantering 15
Öka kunskap om inträffade vårdskador 16
Tillförlitliga och säkra system och processer 19
Stärka analys, lärande och utveckling 20
Synpunkter och klagomål 21
Öka riskmedvetenhet och beredskap 23

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 25

Bilaga 1. Läkemedel 27

SAMMANFATTNING

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bedriver hälso- och sjukvård i Region Stockholms regi. Under 2021 har SLSO haft ett förändrat arbetssätt inom alla verksamheter till följd av pågående pandemi med covid-19. Förändringarna som startade 2020 har bland annat inneburit fortsatt omställning till vård på distans i många verksamheter. Fysiska besök i öppenvården har omvandlats till videobesök eller telefonkontakt där det har varit möjligt i syfte att minska risk för smittspridning. Separata flöden för patienter med respektive utan infektionssymtom har nyttjats. Patienter smittade av covid -19 har vårdats inom SLSO:s samtliga närsjukvårdsområden, både i öppenvård och slutenvård, en del pga. covid och andra med covid som bidiagnos.

SLSO fick ett samordningsuppdrag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) under 2020 relaterat till pandemin. Uppdraget innebar att stödja vårdverksamheter, närsjukvården och kommuner inom Region Stockholm att hantera ökade eller förändrade vårdbehov samt förhindra smittspridning i vårdmiljöer. Uppdraget har fortgått under 2021 och innehåller följande fem delar:

1. upprätta en operativ samordningsfunktion
2. samordna och stödja vårdgivare inom närsjukvården
3. förse HSF med underlag till nödvändiga beslut
4. samverka kontinuerligt med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien
5. samordna kontakter mellan Region Stockholm och kommunernas vård och omsorgsverksamheter

Patientsäkerhetsarbetet har under året fokuserat framför allt på förebyggande insatser i form av riskrapportering och riskanalyser. Arbetet fortsätter med rapportering och handläggning av avvikelser i vården, klagomålshantering, journalgranskning, vårdrelaterade infektioner (VRI), basala hygien- och klädregler (BHK), läkemedel och informationsöverföring. En central del i patientsäkerhetsarbetet är att genom rapportering av risker och vårdavvikelser inom varje resultatenhet identifiera patientsäkerhetsrisker, analysera orsakerna till dessa och ta fram åtgärder för att eliminera eller minimera risker.

Ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt stärkts. Resultatenheterna upprättar en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och skriver en egen patientsäkerhetsberättelse för året. Antalet risk- och avvikelserapporter har ökat något jämfört med 2020. Risk- och avvikelserapporteringen skiljer sig mellan olika vårdgrenar och verksamheter vilket sannolikt kan förklaras av skillnader i verksamheternas uppdrag och vårdens innehåll men också av skillnader i patientsäkerhetskultur.

En mätning av patientsäkerhetskulturen genomförs i samband med den årliga medarbetarenkäten. I mätningen ingår nationellt gemensamma frågor s.k. HSE-frågor (Hållbart Säkerhets Engagemang). Index har minskat i SLSO och även inom regionen beträffande frågor som specifikt speglar patientsäkerhetskultur. Det kan finnas en pandemieffekt här men fortsatt analys behövs.

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. SLSO har en central patientvägledarfunktion för att säkerställa tillgänglighet för klagomål och synpunkter.
Det totala antalet inkomna klagomål från patienter och närstående via Patientnämndens förvaltning (PaN) har ökat med 20 % jämfört med 2020 (650 år 2020 och 779 år 2021).
Antalet klagomål inkomna via IVO till SLSO låg på ungefär samma nivå som tidigare år.

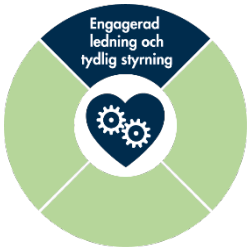
Inom regionen pågår successivt införande av möjligheten att framföra synpunkter och klagomål digitalt via 1177 till vårdenheterna. Inom SLSO är processen införd i primärvården och närakuterna, under hösten startade införandet i psykiatrin.

Under 2021 inleddes 339 vårdskadeutredningar angående om en händelse medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Under året anmäldes 131 ärenden till IVO enligt lex Maria. Inom SLSO infördes ett nytt diarieföringssystem som initialt inte var helt anpassat för att få fram statistik varför en jämförelse med år 2020 eller en djupare analys av siffrorna från år 2021 inte kan göras.

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2022. Förbättringsarbete och prioriteringar görs under 2022 inom samtliga fem fokusområden, enligt Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024; Agera för säker vård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och strategier

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) erbjuder vård i livets alla skeenden för alla åldrar och svarar för Region Stockholms egenägda primärvård, psykiatri, närakutverksamhet, hjälpmedelsverksamhet, habilitering, tolkcentral, avancerad sjukvård i hemmet, geriatrik, akademiskt specialistcentrum och centrum för cancerrehabilitering. De olika verksamheternas inriktning, uppdrag och ersättning regleras i avtal med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) enligt regionens beställar- och utförarmodell. SLSO:s vision är ”Rätt vård när och där du behöver den” och värdegrund är ”Patientens fokus, allas lika värde och arbetsglädje”.

SLSO har verksamheter lokaliserade i hela Stockholms län förutom Norrtälje kommun. Verksamheterna inom SLSO är organiserade i självständiga verksamheter som benämns resultatenheter (RE) där beslut om vård och behandling fattas nära patienter, brukare och närstående. En resultatenhet är till exempel en vårdcentral eller en geriatrisk klinik med avdelningar och mottagningsverksamhet.

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

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

SLSO:s övergripande styr- och ledningssystem är en beskrivning av en struktur för hur SLSO styr och leder verksamheten. Det inbegriper ett antal specifika ledningssystem, såsom kvalitet, arbetsmiljö och miljö. SLSO är certifierat inom områdena kvalitet (ISO 9000:2015), miljö (ISO 14001:2015) samt arbetsmiljö (ISO 45001:2018). Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är en del av vårt ledningssystem för kvalitet. Att systemet fungerar säkerställs genom årlig revision.

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

SLSO arbetar med inriktning mot regionens övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Säker vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete, i enligt med Patientsäkerhetslagen, där vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande, erfarenhetsutbyte och förbättringsarbete. Riskhantering med riskinventering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. SLSO:s verksamheter arbetar kontinuerligt med att utveckla risk-och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskinventeringar och riskanalyser av patientsäkerheten inom verksamheten. En riskanalys inleder också arbetet med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet inom verksamheterna. Genomförandet av handlingsplanen och övrigt patientsäkerhetsarbete sammanfattas i verksamhetens årliga patientsäkerhetsberättelse.

Avvikelserapporter, riskrapporter, klagomål, synpunkter mm utgör grunden för riskanalysen. Analysen är bas för beslut om åtgärder, som genomförs och följs upp. Patientens fokus och delaktighet i utredning, vård, behandling och uppföljning har stor betydelse för en patientsäker vård.

Organisation och ansvar

Roller och ansvarsfördelning

Uppdrag och ansvar för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet sker på olika nivåer inom SLSO.
Den 1 januari 2021 infördes en ny organisation, vilket innebär att tidigare verksamhetsområden togs bort. En samlad ledning med närsjukvårdschefer under ledning av sjukvårdsdirektören ersätter verksamhetsområden. Organisationsförändringens målsättning är att ta tillvara erfarenheter kring samarbetet från pandemin för att i högre grad öka måluppfyllnad och utveckla vårdprocesser.

SLSO:s nämnd är som vårdgivare ytterst ansvarig för patientsäkerheten. Ansvarsorganisationen för patientsäkerhet följer verksamhetsansvaret i linjen. Verksamhetschefen ansvarar för patientsäkerheten inom resultatenheten enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40. Vägledande utifrån denna föreskrift är ”Systematiskt patientsäkerhetsarbete - övergripande anvisning för SLSO”. Inom resultatenheten leds patientsäkerhetsorganisationen av verksamhetschef som till sin hjälp har medicinskt ledningsansvariga läkare eller chefsöverläkare, enhetschefer, lokala patientsäkerhetssamordnare och patientsäkerhetsombud.

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

Verksamhetsstöd Patientsäkerhet (VSPS) erbjuder expertstöd i patientsäkerhets-, vårdhygien- och läkemedelsfrågor. Stöd ges vid tillsynsbesök av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), handläggning av synpunkter och klagomål samt i den lokala handläggningen av vårdskador och lex Maria ärenden.

Ledningssystem och egenkontroll

Ledningssystem innebär att tillämpa ett strukturerat och systematiskt arbetssätt i ledning och styrning av verksamheten. Detta för att leva upp till lagar, föreskrifter och andra regelverk, leverera utförande och resultat enligt avtalade vårduppdrag och ägardirektiv samt uppnå Region Stockholms och SLSO:s mål. SLSO:s ledningssystem följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete” (AFS 2001:01).

I ledningssystemet ingår egenkontroll för att följa upp att vården fungerar patientsäkert och att god vårdkvalitet uppnås. Detta omfattar uppföljning av en årlig internkontrollplan som bygger på en övergripande riskanalys. Ett urval av resultatenheterna genomgår årligen en systematisk intern revision inom ett antal riskområden och strategiska områden.

Övergripande mål för vårdkvalitet och patientsäkerhet fastställs i SLSO:s verksamhetsplan. Dessa mål kompletteras med indikatorer inom respektive närsjukvårdsområde som resultatenheterna ska uppnå. Vårdkvalitet och patientsäkerhet inom resultatenheterna följs upp systematiskt. Detta görs bland annat genom avvikelse- och klagomålshantering, patientenkäter, statistik från journalsystemet, regelbundna

uppföljningar och bokslutsuppföljningar för samtliga resultatenheter. Resultaten analyseras av SLSO:s ledning, närsjukvårdsområdes- och resultatenhetsledningar. Vid behov beslutas om åtgärder och uppföljning. Kvalitetskrav och kvalitetsmål i vårdavtal rapporteras till uppdragsgivaren HSN inom Region Stockholm. SLSO:s samlade resultat av vårdens kvalitet sammanställs i ett årligt kvalitetsbokslut som utgör ett underlag för det systematiska förbättringsarbetet. SLSO:s verksamheter deltar i för verksamheten relevanta nationella kvalitetsregister. Data från dessa analyseras lokalt i verksamheten och ligger till grund för kvalitetsarbetet i syfte att nå ökad patientsäkerhet och medicinska resultatförbättringar.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under året genomfördes inom SLSO:s verksamheter drygt 5,1 miljoner öppenvårdsbesök, drygt 364 000 vårddygn i slutenvård och cirka 229 000 vårddygn i avancerad sjukvård i hemmet. Samverkan sker med andra vårdgivare, såväl privata som offentliga, exempelvis akutsjukhus, specialistmottagningar, laboratorier, röntgenverksamheter och verksamheter inom kommunerna.

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

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

Samverkan kan ske vid utskrivning från heldygnsvården. En samordnad individuell plan (SIP) ska alltid erbjudas patienter i behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samordnad vårdplanering görs tillsammans med patienten och ibland närstående avseende dennes fortsatta vård och omsorg. Gemensamma regionövergripande riktlinjer är vägledande för samverkan mellan sjukvård och kommuner. IT-stödet för utskrivning WebCare kommer att ersättas av Lifecare SP som är ett samverkansprojekt mellan Region Stockholm och kommuner i samverkan (StorSthlm). En utbildningsmodul för utbildning i Lifecare har tagits fram inom SLSO för utbildning av både SLSO och akutsjukhusen.

Säkra digitala möten sker genom applikationen Alltid öppet och Ineras tjänst Digitalt möte. Båda tjänsterna har breda användningsområden och möjliggör samverkan mellan vårdaktörer och kommuner med patient.

Informationssäkerhet

Mål: SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete utgår från Region Stockholms övergripande ledningssystem för informationssäkerhet. Ledningssystemet utgår från ISO 27000-standarden där målbilden är att följa Region Stockholms policy för verksamhetsskydd och Riktlinje för informationssäkerhet.

Region Stockholms policy för verksamhetsskydd och Riktlinje för informationssäkerhet fastslogs av regionfullmäktige under 2021. För att stärka styrningen av informationssäkerheten i Region Stockholm har en compliance-process tagits fram som stöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete. Denna tillämpas inom SLSO och stödjer verksamhetsledningen i det kontinuerliga arbetet med styrning, egenkontroll och utvärdering av informationssäkerheten. Syftet är att arbeta för ständigt förbättrad informationssäkerhet.

Resultat och analys av resultat: Compliance-processen indikerar att SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete kontinuerligt förbättras men det finns utrymme för förbättring när det gäller medarbetares genomförande av den obligatoriska e-utbildningen i informationssäkerhet – DISA. Covid 19-pandemin har påverkat genomförandegraden under 2021. Även svårigheten att kommunicera till medarbetare vilka de obligatoriska utbildningarna inom SLSO och Region Stockholm är och hur genomförandet ska följas upp har bidragit till lägre genomförandegrad.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Förbättringar i Region Stockholms utbildningsplattform (Lärtorget) samt SLSO:s intranät där det tydligare framgår vilka de obligatoriska utbildningarna är förväntas öka genomförandegraden och följs upp årligen.

Strålskydd

Ej tillämpbart inom SLSO.

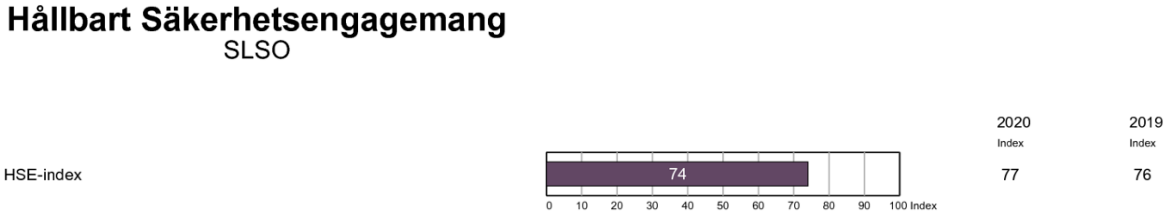
En god säkerhetskultur

Säker hälso- och sjukvård förutsätter ett långsiktigt och systematiskt patientsäkerhetsarbete som engagerar alla chefer och medarbetare, från högsta ledning till vårdteamens och medarbetares dagliga arbete. Alla i verksamheten skapar tillsammans patientsäkerhetskulturen. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Att mäta patientsäkerhetskulturen ger en temperaturmätning på upplevelser kring patientsäkerheten på arbetsplatsen. Mätningens resultat blir ett underlag för chefen att skapa en dialog i personalgruppen kring alla eller några utvalda frågor. Hållbart säkerhetsengagemang mäts en gång per år via en digital enkät med de nationella HSE- frågorna och redovisas med ett index.

Mål: Resultatenheterna ska följa upp sitt resultat

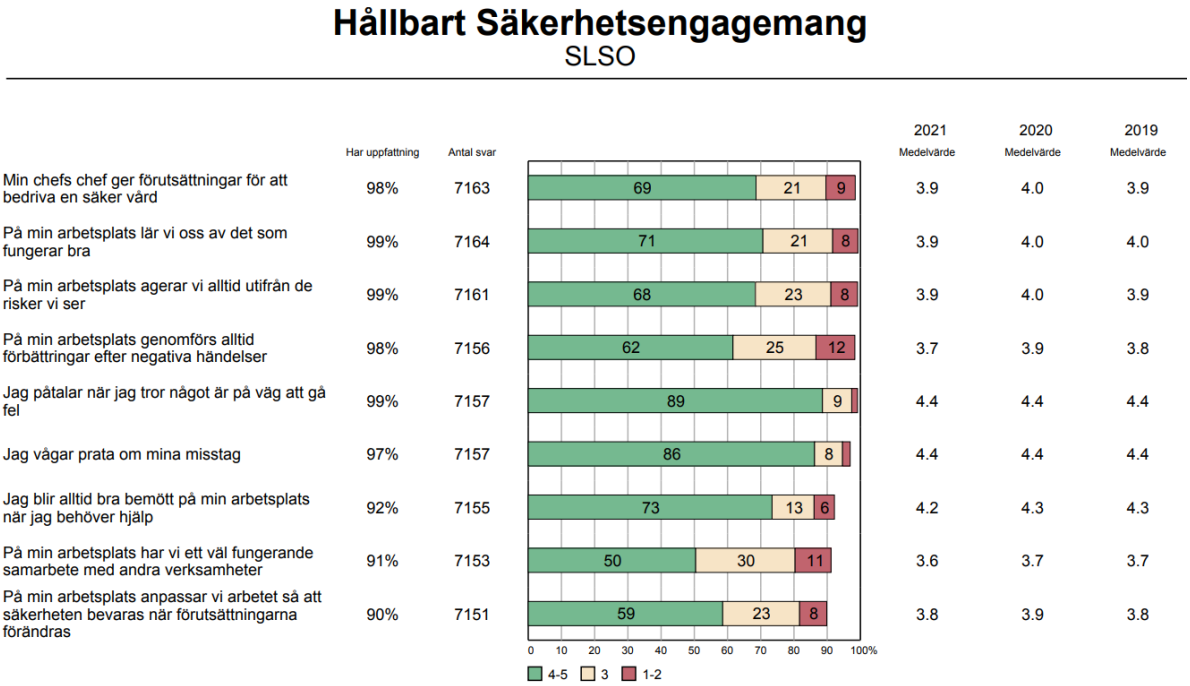
Resultat: SLSO:s index har minskat till 74 (jämfört med 77 år 2020). Alla frågor har fått lägre resultat jämfört med föregående år om man tittar på varje fråga separat. Om nedgången är en covideffekt eller vad

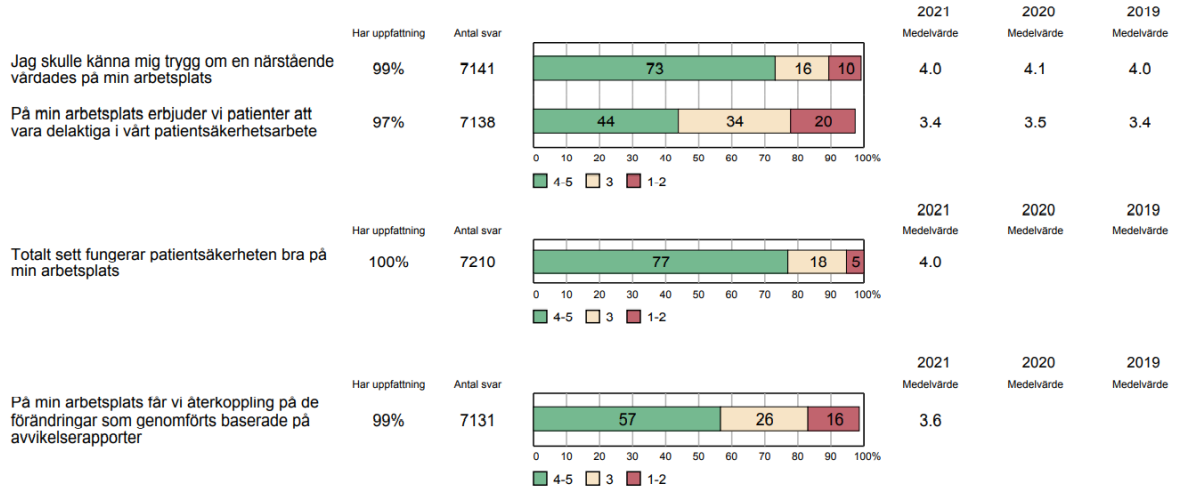
den beror på är svårt att bedöma. Regionens index är 73, vilket också är lägre än föregående år (74). Antalet svaranden har positivt nog ökat med nästan 1500 sedan 2020 då deltagandet var förhållandevist lågt, troligen covid-relaterat.



Antal svaranden

1) 2021 **(8079)** 2) 2020 **(6640)** 3) 2019 **(8678)**





Analys av resultat: Varje enhet får sitt eget resultat för analys och åtgärder ska tas fram för fortsatt förbättringsarbete. Mätningen ger vägledning till chefer på olika nivåer. Resultatet på varje separat fråga ger också cheferna en vägledning om vad som behöver stärkas under kommande år och ska framgå i verksamhetens handlingsplan för patientsäkerhet.

Åtgärd och uppföljning inom VSPS: SLSO:s övergripande anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete har utvecklats för att tydligare följa Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Hur arbetet ska ske med resultatet på HSE-enkäten tas upp på BAS-utbildning för nya chefer. Vid intern revision har handlingsplaner granskats och enhetens resultat av HSE-enkäten diskuterats. Resultat och åtgärder har även diskuterats vid patientsäkerhetsdialoger med två geriatriska kliniker. Det övergripande målet behöver förtydligas till nästa år.

Adekvat kunskap och kompetens

Bemanningen planeras utifrån ställda krav på verksamheten. Personalmix, kompetensbehov och bemanningstal olika tider på dygnet utvärderas regelbundet för att svara mot arbetsmiljö-, patientsäkerhet- och vårdleveranskrav. Genom att följa vårdtyngden regleras antalet inskrivna patienter när behov uppstår. Kompetens- och fortbildningsbehov samt planer ses regelbundet över på resultatenhetsnivå, enhetsnivå samt individuellt mellan chef och medarbetare.

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

En årlig patientsäkerhetsenkät utförs och följs upp på arbetsplatsträffar (APT) samt i ledningsgrupp. Egenkontroller av kvalitetsdata följs regelbundet och liksom riskronder redovisas de på resultatenhetsnivå

och enhetsnivå. Särskilda händelseanalysgrupper finns vid varje verksamhet inom geriatrik och ASIH för utredning av risker, tillbud och skada. Inom psykiatrin finns patientsäkerhetsgrupper och även utsedda patientsäkerhetssamordnare på respektive resultatenhet. Under hösten 2021 skapades en strategisk tjänst för patientsäkerhet inom primärvården med uppgift att stärka patientsäkerheten bland annat genom stöd och utbildning för medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA).

Gemensamma möten för verksamhetschefer och chefsöverläkare inom psykiatri med patientsäkerhet som tema genomförs regelbundet cirka två gånger per termin. Inom verksamheterna arbetas kontinuerligt med frågor om kompetensutveckling och fortbildning och då ingår frågor om patientsäkerhet. Ett exempel inom psykiatri är arbetet med diagnosrelaterade vårdprocesser där utvecklingsarbete sker inom de grupperingar som organiserats kring respektive vårdprocess. Nya diagnoskategorier tillkommer och arbetet riktas mot uppföljning och kvalitetskontroll. Under senaste året har en grupp arbetat med en vårdprocess för suicidala patienter.

Ett pågående samarbete med forsknings- och utvecklingsenheter inom SLSO sker kontinuerligt och gemensamma träffar anordnas då man får möjlighet till både erfarenhetsutbyte och information om aktuella utbildningsinitiativ som verksamheterna kan utnyttja. Kunskaper om förbättrings- och implementeringsarbete behövs och ingår som en viktig del av utvecklingsarbetet som sker till exempel i vårdprocessarbetet.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård i SLSO, är patientens och de närståendes delaktighet. Patientens berättelse, behov och resurser är avgörande för medskapande. Att patienten bemöts med respekt och litar på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende. När patienter vet varför och hur olika moment genomförs ökar sannolikheten för att vårdförloppet blir korrekt och att avvikelser uppmärksammas och kan åtgärdas.

SLSO önskar att patienter är delaktiga i sin vård. Det är viktigt att få kunskap om hur patienten når delaktighet. Patienten behöver få kvalitativ och anpassad information om sin vård och behandling och om eventuella risker. Patientens delaktighet utgår från patientens önskemål. En patient som ej önskar eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska ändå kunna få anpassad vård.

Patienter och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ett sätt för patient och närstående att delta i detta arbete. Kunskap om förekomst av klagomål och synpunkter från patienter och närstående ska finnas på alla nivåer i organisationen.

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

Patientenkäter genomförs regelbundet för att få mått på patienters upplevelse av information, trygghet och delaktighet. Om en vårdskada skulle uppkomma informeras patient/närstående om det inträffade. Vid vårdskadeutredningar intervjuas patient/närstående för att beskriva sin upplevelse av händelsen. Återkoppling ges också efter avslutad utredning med information om vilka åtgärder som vidtagits.

Brukarinflytande är en integrerad del av verksamheten och det finns en övergripande anvisning för verksamheterna inom SLSO:s psykiatri. Vid varje verksamhet arbetar en Brukarinflytandesamordnare (BISAM), en person med egen erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa. En av BISAM:s uppgifter är att utgöra en brygga mellan patientperspektivet och medarbetare. I varje verksamhet finns ett brukarråd och på central nivå finns ett eget brukarråd som diskuterar övergripande frågor. I brukarrådet sitter representanter från patient-, brukar- och anhörigföreningar tillsammans med ledningsrepresentanter från respektive verksamhet. Brukarråden syftar till att ge representanterna insyn i verksamheternas arbete och ta del av aktuell information. Inom brukarråden kan det även bildas arbets- eller beredningsgrupper kring olika frågor på verksamheternas initiativ.

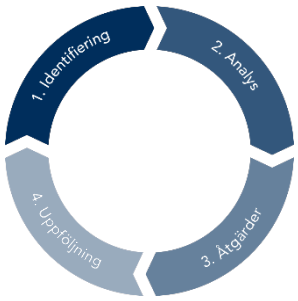
Patientforum erbjuds varje vecka på alla avdelningar inom den psykiatriska heldygnsvården, där BISAM tillsammans med respektive chef på vårdenheten träffar de patienter som vill medverka. Patienterna får en möjlighet att ge sina synpunkter på enheten och innehållet av vården. Patientforum och patientenkäter sammanställs i en databas. Under år 2021 hölls det totalt 1520 Patientforum där 4163 patienter deltog. Databaserna utgör ett underlag för rapporter samt möjlighet till kvalitativa och kvantitativa sammanställningar. Databaserna kan även användas i utveckling- och patientsäkerhetsarbetet, där man kan ta ut synpunkter för aktuell fråga.

Under hösten 2021 genomfördes en pilot med patientforum inom Habilitering och Hälsa på en enhet i varje sektion. Patientforum är en möjlighet för patienter att framföra beröm, kritik, frågor eller förslag på enhetens vård. Syftet är att öka patienters delaktighet och inflytande gällande den generella utformningen och genomförandet av vården samt att möjliggöra förbättringsarbete med patientperspektivet som grund.

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

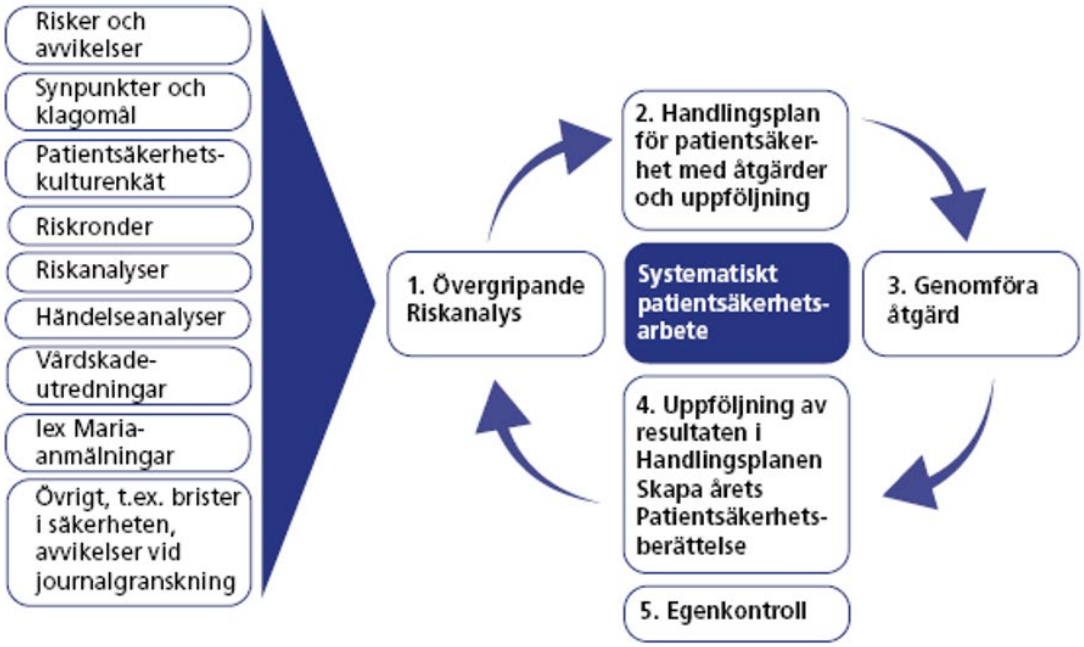
Region Stockholm
Stockholms läns sjukvårdsområde

AGERA FÖR SÄKER VÅRD



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

Schematisk bild över systematiskt patientsäkerhetsarbete i SLSO:



Egenkontroll

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

Egenkontrollen kan innefatta

- material från SLSO:s årliga Kvalitetsbokslut
- material från SLSO:s utdatarapporter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- rapporter från verksamheternas årliga ”Kvalitetsgranskning” av läkemedelshantering

- patientenkäter
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Säker vård här och nu

Risk- och avvikelsehantering

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

Mål: Riskhantering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. SLSO:s resultatenheter ska fortsätta att utveckla risk- och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskinventeringar och riskanalyser av patientsäkerheten inom verksamheten.

Resultat och analys av resultat: En tredjedel av alla rapporter i HändelseVis registreras som en risk. I likhet med tidigare år har risker inom dokumentation/informationsöverföring dominerat. Risker inom information i vårdens övergångar samt risker avseende behandling/omvårdnad och läkemedel är också fortsatt stora.

Två tredjedelar av alla rapporter i HändelseVis är tillbud och negativa händelser.
Vanligast klassificerade tillbud och negativa händelser per vårduppdrag:

- Geriatrik - Patientolycksfall
- ASIH - Läkemedel
- Primärvård - Dokumentation/informationsöverföring
- Habilitering och Hälsa - Dokumentation/informationsöverföring
- Hjälpmedel Stockholm - Dokumentation/informationsöverföring
- Psykiatri - Behandling/omvårdnad
- Närakuter - Utredning/Bedömning/Diagnos

Medarbetare har under 2021 registrerat 12 532 risker och vårdavvikelser i HändelseVis. I tabell 1 ses fördelningen av rapporterade risker, tillbud och negativa händelser. Rapporteringen har varit relativt konstant sedan flera år tillbaka.

Tabell 1. Antal och andel rapporterade risker, tillbud och negativa händelser.

År	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
2019	4 325	33%	4 281	32%	4 656	35%
2020	4 222	34%	4 129	33%	4 133	33%
2021	3 897	31%	4 225	34%	4 410	35%

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

I HändelseVis finns möjligheter att skapa statistik för djupare analyser av större mängder data. Chefer får månatlig statistik gällande vårdavvikelser för sina enheter. På såväl enhets- som övergripande nivå sker en analys som resulterar i en handlingsplan för patientsäkerhet med åtgärder och förbättringsarbeten för nästkommande år.

Varje verksamhet redovisar i sin patientsäkerhetsberättelse vilka förbättringar de gjort eller planerar att utföra.

Anmälan av brister i säkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 6 § och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning ska anmälan till IVO göras om någon har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten. Exempel på brister i säkerheten är patient som utövar våld mot medpatient eller patient som avviker. Till anmälan hör en internutredning där vidtagna åtgärder framgår. Verksamhetschefen är anmälningsansvarig. År 2021 gjordes 11 anmälningar om brister i säkerheten.

Anmälan av medarbetare som kan utgöra fara för patientsäkerheten

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §, ska vårdgivaren anmäla till IVO då det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Arbetsmodellen för hantering av dessa ärenden inbegriper verksamheten, verksamhetsstöd HR och verksamhetsstöd patientsäkerhet. Chefläkare är anmälningsansvarig.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

I bedömningen av en händelse ingår att ta ställning till om en vårdskada inträffat och om denna är allvarlig, detta ska finnas dokumenterat i HändelseVis. Alla vårdskador ska utredas och dokumenteras. Utredningens innehåll och omfattning anpassas utifrån vårdskadans allvarlighetsgrad. Vid en händelse som har medfört eller

hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska en särskild och mer omfattande utredning göras enligt SLSO:s övergripande anvisningar. Verksamhetschefen ansvarar för att inleda en vårdskadeutredning. Chefläkare beslutar om lex Maria anmälan ska göras till IVO.

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

Resultat och analys av resultat: I HändelseVis görs en vårdskadebedömning på den negativa händelse som haft konsekvens för patienten. Av de negativa händelserna under 2021 bedömdes 500 som en vårdskada, dvs händelsen hade kunnat undvikas med adekvat utredning och behandling.

Vid upprepade analyser av utförda vårdskadebedömningar framkommer att medarbetare och chefer har varierande kunskap om vårdskadebegreppet, vilket leder till att bedömningar inte blir korrekta.

Tabell 2. Fördelning av konsekvens vid negativ händelse av antal registrerade rapporter. (Antal registrerade rapporter i tabellen skiljer sig något från tabell 1 på grund av att alla rapporter inte handlagts klart i systemet vid tiden för denna sammanställning)

År	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre	Ingen	Går ej att bedöma	Antal reg.
2019	6%	5%	16%	37%	9%	27%	4 563
2020	5%	5%	18%	35%	9%	28%	4 037
2021	5%	4%	19%	33%	10%	29%	4 043

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

Under 2021 inleddes 339 vårdskadeutredningar angående om en händelse medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Till IVO anmäldes 131 ärenden enligt lex Maria.

Tabell 3. Antal lex Maria anmälningar per vårdgren.

	2019	2020	2021
Psykiatri	73	93	80
Primärvård	32	41	34
Närakuter	16	18	11
Geriatrik/ASIH	4	5	5
Habilitering och hälsa	0	0	1
SLSO totalt	125	157	131

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: I ett försök att förbättra vårdskadebedömningen finns nu ett nytt val i HändelseVis, att en utredning behöver utföras för att kunna ge svar på om en vårdskada förelegat. Vårdskadebedömningar tas upp i samband med utbildningstillfällen och patientsäkerhetsdialoger.

Efter avslutad vårdskadeutredning och anmälan enligt lex Maria följer verksamheterna upp om genomförda åtgärder fått avsedd effekt. Vårdgivaren har en skyldighet att informera både inblandade medarbetare och drabbad patient eller närstående om IVO:s beslut.
För att dra lärdom och sprida kunskap finns på intranätet avidentifierade handlingar rörande färdigutredda lex Maria anmälningar händelser inom SLSO:s alla vårduppdrag.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

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

Mål: Inom Region Stockholm finns ett handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvården. SLSO:s verksamheter arbetar aktivt med att minska risken för VRI genom bland annat informationskampanjer och återkommande mätningar.

Resultat: Slutenvården deltar i punktprevalensmätningar (PPM) varje vår och höst. På grund av covid-19 pandemin genomfördes år 2021 endast mätning på våren. Andel patienter med VRI våren 2021 var 6,4 % inom geriatriken (10,4 % hösten 2020), 11,1 % inom ASIH (13,6 % hösten 2020) och 0,9 % inom psykiatrin (1,5 % hösten 2020).

Analys av resultat: En faktor som fortfarande antas påverka VRI-prevalensen negativt inom geriatrik/ASIH är belastningen på vården i och med covid-19 pandemin. En proportionellt sett större andel inneliggande sköra multisjuka patienter som är mer infektionsbenägna påverkar VRI-prevalensen.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Resultat och bakomliggande orsaker ligger till grund för fortsatt förebyggande arbete på verksamhetsnivå. Ett övergripande arbete görs inom ramen för det avtalsbaserade samarbetet med Vårdhygien Stockholm, som under 2021 har innefattat rådgivning, utbildning och

kvalitetssäkring. Vårdhygien Stockholm har gett råd och rekommendationer till verksamheterna om bland annat covid-19, rengöring, desinfektion, anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). Flera verksamheter har fått verksamhetsbesök av Vårdhygien Stockholm för att optimera ett patientsäkert flöde.

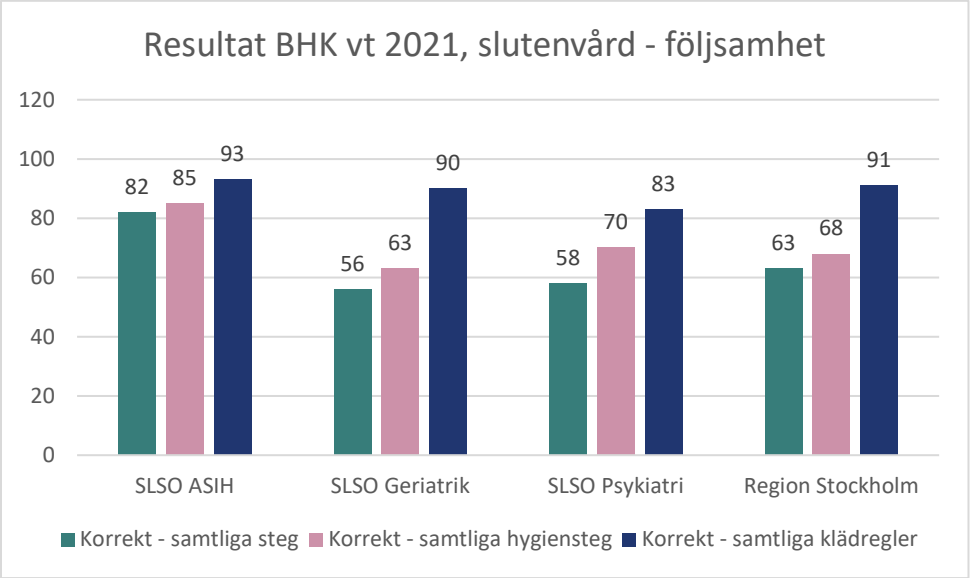
Under hösten 2021 påbörjades inom SLSO ett projekt för breddinförande av det nationella IT-stödet Infektionsverktyget som kommer att ersätta punktprevalensmätning av VRI. SLSO:s geriatriska kliniker anslöt till Infektionsverktyget den 1 december 2021. Under 2022 planeras anslutning av ASIH och slutenvårdspsykiatrin till Infektionsverktyget.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

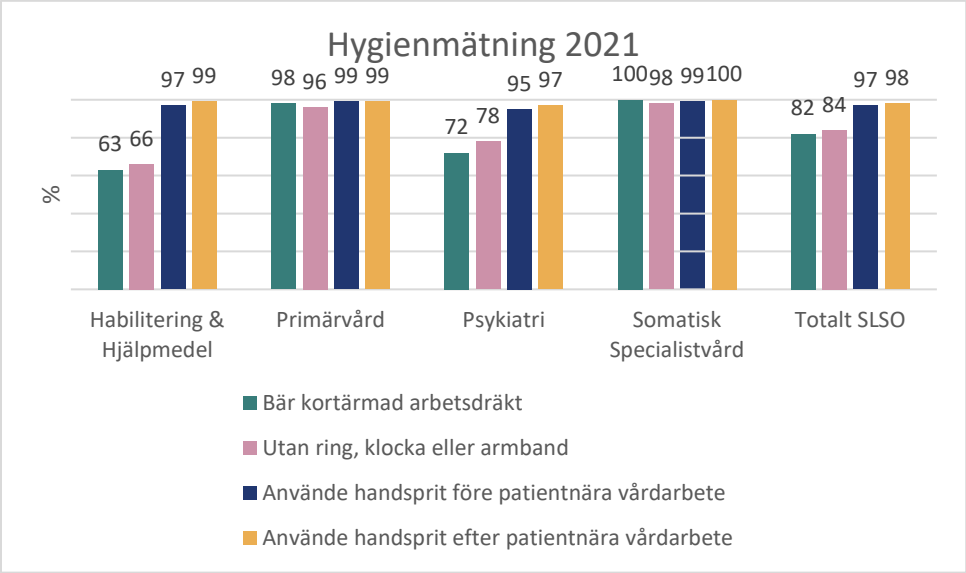
Mål: Öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom sluten- och öppenvård

Resultat och analys: SLSO deltar i punktprevalensmätningar (PPM) avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom sluten- och öppenvård varje vår och höst. På grund av covid-19 pandemin genomfördes år 2021 endast en mätning på våren. Resultat från vår mätningen 2021 visas i figuren nedan, där jämförelse görs med samtliga slutenvårdsenheter inom Region Stockholm. Följsamheten till hygiensteg/klädregler är väsentligen oförändrad inom geriatrik och ASIH jämfört med 2020. För slutenvårdspsykiatrin har följsamheten till hygiensteg/klädregler förbättrats jämfört med 2020.



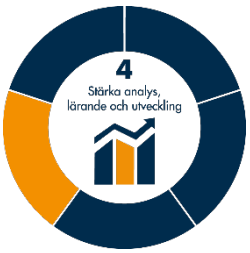
SLSO genomför även en egen årlig webbaserad självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. Enkäten besvaras av samtliga medarbetare i vårdnära arbete. Följsamhet till basala hygienrutiner registreras av medarbetarna vid ett tillfälle, i samband med dagens första patientmöte. Redan under 2020 sågs ett tydligt förbättringsarbete kring basala hygienrutiner för hela SLSO till följd av Covid-19 pandemin. Hygienenkäten 2021 visar att de basala hygienrutinerna följs på samma nivå inom primärvård, psykiatri

och somatisk specialistvård jämfört med 2020. För Habilitering & Hjälpmedel har följsamheten till såväl hygienparametrar som klädesregler stigit jämfört med 2020.



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

Stärka analys, lärande och utveckling



SLSO önskar öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador för att kunna stärka det organisatoriska patientsäkerhets minnet. Ett kontinuerligt förebyggande patientsäkerhetsarbete stärks genom lärande. SLSO har under 2021 genomfört flera utbildningsinsatser för att kunna fokusera på det individuella samt det organisatoriska lärandet. Dessa utbildningsinsatser ökar förutsättningarna för en säker vård i organisationen. Genom att lära sig identifiera faktorer på ett övergripande plan påverkas patientsäkerheten.

Verksamhetsstöd patientsäkerhet (VSPS) och chefläkare har regelbundet deltagit i patientsäkerhetsnätverk och chefsgrupper. Återkoppling och dialog med verksamheterna sker för kontinuerlig lärandeprocess. Under året 2021 har ett nätverksarbete med medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) etablerats med fokus på primärvård samt närakuter. Syftet är att kunna ge en ökad kunskap samt ett systematiskt lärande i patientsäkerhetsarbetet. Satsningen främjar ett nätverksarbete vilket stärker den organisatoriska kunskapen. I MLA-nätverk kan analys och lärande förstärkas utifrån avvikelser som rapporterats från enheterna.

Journalgranskning har under 2021 skett bland annat via arbete med markörbaserad journalgranskning och fynd vid dessa granskningar kan användas i verksamheterna för kvalitetsutveckling.

Arbete med kvalitetsregister sker inom verksamheterna framför allt riktat mot nationella kvalitetsregister som är relevanta för respektive verksamhet. Flera rapporter sker enligt en automatiserad tjänst från journalsystemet TakeCare. Medarbetare deltar på olika nivåer i utvecklingsarbete gällande de olika kvalitetsregistren och erfarenheter från detta arbete återförs till berörda verksamheter.

De geriatriska verksamheterna följer andel genomförda riskbedömningar av inskrivna patienter med målsättning att inskrivna patienter ska ha genomförd riskbedömning av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. De patienter som befinns i risk inom ovanstående områden ska ha en aktivitetsplan för att förebygga skada. Även andel upprättade aktivitetsplaner för patienter i risk följs.

Synpunkter och klagomål

Enligt patientsäkerhetslag 2010:659 har SLSO som vårdgivare skyldighet att ta emot synpunkter och klagomål på den egna verksamheten. Synpunkter och klagomål ska användas för att förbättra verksamhetens kvalitet. Möjligheten att framföra synpunkter och klagomål gör patienter delaktiga i vårdens systematiska patientsäkerhetsarbete. Alla enheter ska ha rutiner för att ta emot och besvara synpunkter och klagomål från patienter, närstående, medarbetare, andra vårdgivare och intressenter. Samtliga medarbetare ska känna till dessa rutiner.

Klagomål över vård och behandling registreras av verksamheten i HändelseVis som en vårdavvikelse. Vid konstaterad vårdskada hanteras klagomålet enligt verksamhetens rutin för hantering av vårdskador. Inom verksamheten analyseras inkomna klagomål och bidrar till förbättringsåtgärder. Klagomålen sammanställs i verksamheternas årliga patientsäkerhetsberättelser.

Synpunkter och klagomål direkt till vårdenheterna

Synpunkter och klagomål kommer in till verksamheten via telefonsamtal, brev och vid besök. Sedan ett par år tillbaka finns också möjligheten att lämna synpunkter och klagomål digitalt via e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177. Tjänsten är kopplad till avvikelsehanteringssystemet HändelseVis. För närvarande är SLSO:s primärvård och närakuter anslutna och införandeprocessen pågår i övriga verksamheter. Under år 2021 har totalt 2 110 ärenden inkommit via e-tjänsten på 1177.

Patientvägledare

Funktionen patientvägledare har funnits inom SLSO sedan 2016.
Patientvägledaren tar emot klagomål via e-post, brev, telefonsamtal eller via en egen ingång på e-tjänsten ”Lämna synpunkter och klagomål hos din vårdgivare” på 1177. När patient/närstående föredrar att framföra klagomål via patientvägledaren får anmälaren stöd och hjälp att framföra sina synpunkter till vården. Patientvägledaren bistår med formulering av svar och chefläkaren bistår vid bedömning om en händelse har medfört en vårdskada. Patientvägledaren fungerar även som ett stöd till verksamheterna vid klagomålshantering.

Klagomål via Patientnämndens förvaltning och Inspektionen för vård och omsorg
Synpunkter och klagomål från patienter och närstående kan även inkomma via Patientnämndens förvaltning (PaN) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Myndigheterna skickar dessa till VSPS där de diarieförs och överförs sedan vidare till berörd verksamhet för att utredas och besvaras.

Efter kvalitetsgranskning överlämnar verksamheten svar med följebrev till VSPS. Chefläkare bistår vid formulering av svar och bedömning om en händelse medfört en vårdskada. Därefter skickar VSPS svaret till berörd myndighet som återför svaret till patient och i vissa fall närstående.

Ärenden via Patientnämnden
De flesta klagomål som inkommer från patientnämndens förvaltning kategoriseras under vård och behandling vilket kan handla om fel behandling, fördröjd behandling/diagnos eller missad diagnos. Andra återkommande ärenden handlar vanligtvis om bemötande eller tillgänglighet.

Under 2021 har det skett en ökning av antal ärenden. Ökningen är särskilt stor inom primärvården. En ny typ av klagomål har funnits under året gällande pandemin och vaccinationskampanjer. Dessa ärenden har oftast handlat om tillgänglighet och logistik.

Tabell 4. Antal klagomål via PaN.

	2019	2020	2021
Primärvård	255	286	384
Psykiatri	199	239	254
Närakuter	95	103	121
Habilitering och hälsa/Hjälpmedel Stockholm	14	11	7
Geriatrik/ASIH	14	9	8
Akademiskt specialistcentrum	4	2	5
Totalt	**581**	**650**	**779**

Ärenden via Inspektionen för vård och omsorg
De ärenden som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inte handlägger själva överförs till SLSO för vidare utredning i enlighet med Patientsäkerhetslag 2010:659.

Av de 291 ärenden som inkommit från IVO under 2021 har 138 ärenden överlämnats för handläggning inom SLSO och 153 ärenden har IVO valt att själva utreda. Se tabell 5 och 6.

Tabell 5. Antal klagomål via IVO.

	2019	2020	2021
Geriatrik/ASIH	8	10	8
Primärvård	94	92	102
Psykiatri	179	117	150
Närakut	30	27	24
Habilitering och hälsa /Hjälpmedel Stockholm			2
Akademiskt specialistcentrum			2
Övriga	3	2	3
Totalt	314	248	291

Tabell 6. Klagomål via IVO – fördelning för utredning

Vårdgren	Klagomål överlämnade från IVO till SLSO att utreda	Klagomål där IVO själva utreder
Geriatrik/ASIH	4	4
Primärvård	48	54
Psykiatri	75	75
Närakut	7	17
Habilitering och hälsa/hjälpmedel Stockholm	1	1
Akademiskt specialistcentrum	1	1
Övriga	2	1
Totalt	138	153

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under covid-19 pandemin har mer fokus än tidigare lagts på sjukvårdens resiliens, förmågan att kunna anpassa sig till kortsiktiga eller långsiktiga förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

SLSO ska genom sitt systematiska arbete med krisberedskap ha en förmåga att förebygga, motstå och hantera krissituationer så att samhällsviktiga verksamheter kan upprätthållas. SLSO:s krisberedskapsplan tydliggör roller, ansvar och uppgifter före, under och efter en samhällsstörning och ska utgå från den risk- och sårbarhetsanalys som genomförts under 2021.

Mål: SLSO:s mål avseende riskmedvetenhet och beredskap innebär kompetensutveckling, träning och simulering.

Resultat: SLSO har under 2021 i samarbete med enheten för medicinsk beredskap (EKMB) tagit fram en arbetsbeskrivning för nya tjänster i SLSO som beredskapssamordnare samt samordnare civilt försvar. EKMB har tillsammans med den civila samordnaren utbildat SLSO ledningsgrupp (SLG) kring den nya strukturen av lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) samt SLSO:s beredskapsfunktion.

Regionalt Kunskapscentrum Kris- och katastrofpsykologi (RKK) har gjort stödjande insatser för chefer i region Stockholm under 2021 kopplat till pandemin.
Kartläggning och upprättande av larmrutiner har genomförts till de verksamheter inom SLSO som ingår i den katastrofmedicinska beredskapen.

Under året 2021 har klimat, risk och sårbarhetsanalys genomförts med samtliga verksamhetsgrenar inom SLSO. Sammanställning och rapportskrivning har skett under hösten 2021, sammanställning av materialet har föredragits och beslutats av SLSO:s nämnd.

SLSO arbetar med ett framtagande av en ny stabsinstruktion. Denna ska speglas mot den nya regionala krismedicinska beredskapsplanen som fastställts av HSF.

En krisstödsorganisation bestående av sex centra startades under året. Dessa bemannas med befintliga medarbetare och chefer från olika enheter inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och primärvård. Centren ska kunna aktiveras av SLG eller LSSL i samband med påfrestande händelser där behov av psykologiskt stöd bedöms föreligga. Beroende på händelsens omfattning kan ett eller flera centra aktiveras.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2022. SLSO:s långsiktiga inriktning när det gäller förbättrad kvalitet och patientsäkerhet är fokuserad på fortsatt utveckling och införande av evidensbaserade, standardiserade och säkra vårdprocesser. SLSO:s certifierade ledningssystem för kvalitet ska fortsätta utvecklas bland annat genom systematisk egenkontroll.

God tillgänglighet är viktig för patientsäker vård och är ett prioriterat förbättringsområde. System och metoder ska fortsätta att utvecklas, bland annat genom e-hälsotjänster så som Alltid Öppet och Stöd- och behandlingsplattformen för vård på distans i olika former.

SLSO:s indikatorer för att nå målet en hälso- och sjukvård av god kvalitet 2022:

- Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara ≤ 7,7 % (2,2 % 2021)
- Uttagna antibiotikarecept per 1 000 listade patienter inom SLSO:s primärvård ska vara ≤ 120 (≤130 2021)
- Andelen patienter som träffar samma läkare/behandlare (kontinuiteten) ska öka (76 % 2021)
- Kvalitetsindex* ska vara ≥ 50 % (41 % 2021)
- Följsamhet till Kloka listan ≥ 88% (89 % 2021)
- Andel patienter som känner sig delaktig i vården ≥ 80 % (82 % 2021)

* Kvalitetsindex: Indikatorn är uppbyggd av ett 50-tal kvalitetsindikatorer som är hämtade ur SLSO:s kvalitetsbokslut. Urvalet har gjorts så att antalet ingående indikatorer från respektive verksamhetsgren är proportionerligt till verksamhetens storlek. För varje ingående indikator har en expertgrupp i förhand bedömt vad som ska betraktas som ett positivt utfall. Kvalitetsindexet mäter andelen indikatorer som har uppnått positivt utfall för året.

Förbättringsarbete och prioriteringar görs under 2022 inom följande fokusområden:

Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador

- Avslutade Lex Maria ärenden läggs fortsatt ut på intranätet
- Avvikelser i HändelseVis – ta fram statistik och göra bedömningar (fokus på läkemedelsavvikelser och vårdskadebedömningar generellt)

Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer

- Informationssatsning för spridning av den uppdaterade övergripande anvisningen Systematiskt Patientsäkerhetsarbete med årshjul för patientsäkerhet
- Införande av Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Breddinförande av Infektionsverktyget som ska ersätta PPM-VRI
- Påbörja ett samarbete med Kunskapsteam Läkemedel
- Digitalisering av vårdprocesskartorna som stöd i beslutsfattande för den enskilde behandlaren

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

- Lokala sjukhusapoteksfunktionens roll är att förvalta och följa upp läkemedeltransporter via MediCarrier transport och ApoEx angående läkemedelsleveranser, kvalitetsgranskning av läkemedelshantering, läkemedelssupport i läkemedelsförråd och slutenvårdsdos
- Stöd till verksamheterna med övergripande generella licensmotiveringar till Läkemedelsverket när så behövs
- Stöd till verksamheterna med information om restnoteringar och alternativ

Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling

- Införande av e-tjänsten Synpunkter och klagomål
- Verka för deltagande i Socialstyrelsens utbildning Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet
- Anpassa instruktion och skrivmall för utredning av allvarlig vårdskada enligt SKR:s handbok
- Fortsatt genomförande av patientsäkerhetsdialog utifrån respektive verksamhets behov

Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

- SLSO ska genom sina nya tjänster, beredskapssamordnare (BSO) samt civil försvarsamordnare, arbeta med fokus på riskmedvetenhet och beredskap gällande träning, simulering och kompetensutveckling

Bilaga 1. Läkemedel

Säker läkemedelshantering syftar till att patienten behandlas med rätt läkemedel, i rätt mängd och vid rätt tidpunkt. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, överlämnande, administrering, rekvisition, förvaring samt kassation av läkemedel. Verksamheterna har lokala rutiner för detta i enlighet med gällande författning (HSLF-FS 2017:37) och SLSO:s övergripande anvisningar.

Aktuellt under 2021

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är obligatorisk för alla enheter inom SLSO som beställer läkemedel. Tjänsten Kvalitetsgranskning är upphandlad regionalt och har utförts på 172 av SLSO:s enheter under 2021 (179 enheter år 2020) av ApoEx. En stor andel anmärkningar i kvalitetsgranskningarna är inom hemsjukvården och där planeras utbildningsinsatser under 2022. Ett mål för kommande år är att öka andelen enheter som använder tjänsten.

Från 1 november 2021 är den tidigare verksamheten med informationsapotekare, -läkare och -sjuksköterskor på HSF en del av Akademiskt primärvårdscentrum inom SLSO och utgör nu Kunskapsteam Läkemedel. Kunskapsteam Läkemedel gör bland annat uppsökande besök på regionens vårdcentraler kring läkemedelsfrågor, kvalitetsarbete och förbättringsområden. Teamet ger även systemstöd och erbjuder webutbildningar inom bland annat Pascal (ett nationellt webbaserat förskrivningsverktyg), läkemedelsgenomgångar och analys av förskrivarstatistik.

Ett regiongemensamt arbete kring läkemedelshantering, standardiserad utformning av läkemedelsrum och gemensamma spädningsscheman har påbörjats under 2021, men begränsats på grund av pandemin. Planen är att återuppta detta arbete under 2022.

Nationella läkemedelslistan

SLSO deltar i utvecklingsarbetet som Region Stockholm, Region Gotland och Region Dalarna bedriver för att anpassa funktionaliteten i Läkemedelsmodulen i journalsystemet TakeCare till ny lagstiftning. Arbetet under 2021 har framför allt fokuserat på införandet av Nationella Läkemedelslistan. I och med lanseringen av Förskrivningskollen (en tillfällig lösning för att få en bild av patientens förskrivna och uthämtade läkemedel) har Verksamhetsstöd Patientsäkerhet deltagit aktivt i framtagandet av stöddokument till verksamheterna om de förändringar i arbetssätt som behövs.

Dosdispenserade läkemedel

Dosdispenserade läkemedel är maskinellt förpackade läkemedel per patient och dostillfälle i dospåsar märkta med namn, innehåll och tidpunkt när läkemedlen ska tas. Ordinationer av öppenvårdsdos görs i TakeCare och förskrivningar i Pascal. Upphandlad leverantör av öppenvårdsdos är Svensk Dos AB. Beställning av slutenvårdsdos skickas från TakeCare och används av de geriatriska klinikernas avdelningar, inom avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt på en akutpsykiatrisk vårdavdelning inom SLSO. Upphandlad leverantör för slutenvårdsdos är ApoEx.

Mål: Utbildningar inom förskrivningsverktygen TakeCare och Pascal, med målet att nå en större andel läkare och sjuksköterskor samt att kunna erbjuda ett antal fördjupningsutbildningar.

Resultat: Sammanlagt genomfördes 6 utbildningstillfällen i TakeCare Läkemedelsjournal och 5 utbildningstillfällen i Pascal för SLSO:s medarbetare.

Analys av resultat: Användning av öppenvårdsdos respektive slutenvårdsdos syftar till säkrare läkemedelshantering, frigör sjuksköterskeetid för omvårdnadsarbete och förbättrar arbetsmiljön. Det leder även till optimerat läkemedelssortiment och därmed minskad kassation av läkemedel, miljöpåverkan och kostnad. Utbildning bland vårdpersonal leder till säkrare hantering och minskad risk för avvikelser inom området.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Det saknas fortfarande en del kunskap hos vårdpersonalen kring skillnaderna på de olika typerna av dosdispenserade läkemedel (slutensvårdsdos, öppenvårdsdos, privatkunds-dos) samt de olika aktörerna varför ett större fokus kommer läggas på detta under 2022 i samband med Pascal-utbildning. Bland annat kommer ett tätare samarbete mellan apotekarna inom Verksamhetsstöd Patientsäkerhet och Kunskapsteam Läkemedel att inledas under 2022.

Risker och avvikelser inom läkemedelsområdet

Läkemedelsrelaterade problem är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Faktorer som ökar risken för läkemedelsrelaterade problem är ålder (barn och äldre), polyfarmaci (behandling med fler än fem läkemedel samtidigt), antalet diagnoser och nedsatt kognition. En svensk sammanställning uppskattar att 3 000 svenskar årligen dör av läkemedelsrelaterade skador och att 6–16 procent av sjukhusinläggningarna är läkemedelsrelaterade. Kostnaderna för läkemedelsrelaterade skador som går att undvika uppskattas till 5,6–24,6 miljarder kronor per år.

Mål: Risk- och avvikelserapportering sker i systemet HändelseVis. Förbättringsarbete sker genom att Verksamhetsstöd Patientsäkerhet månadsvis genomlyser inkomna avvikelser inom läkemedelsområdet för alla verksamhetsområden i syfte att få en överblick över riskfaktorer inom läkemedelsområdet.

Resultat:

Tabell 7. Antal risker och avvikelser gällande kategorin läkemedel rapporterade i HändelseVis under 2021 jämfört med 2020.

Kategorier	Risk		Tillbud		Negativ händelse	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Administrering	114	104	316	217	263	292
Övrigt, läkemedel	123	148	156	176	103	96
Ordination	72	78	130	101	72	68
Läkemedelsförsörjning	36	32	48	24	13	11
Kontroll	19	35	14	12	6	3
Läkemedelsgenomgång	16	18	21	21	7	8
Produkt	8	5	8	3	6	3
Antal registrerade	394	420	693	554	470	481

Analys av resultat: Majoriteten av avvikelser inom läkemedelsområdet sker i administreringssteget eller i ordinationssteget. Detta speglas även i de årliga kvalitetsgranskningar som utförs på enheterna.

Åtgärd och uppföljning av åtgärd: Genom ökat fortlöpande samarbete med verksamheterna kring utredning av avvikelser kan man lättare identifiera problemområden och arbeta vidare med dessa. Fortsatt fokus på utbildningar för vårdpersonal i journalsystemen och mer information om vikten av korrekta läkemedelsgenomgångar (både enkla och fördjupade). Även bättre följsamhet till rutiner kan bidra till färre avvikelser inom läkemedelsområdet. Där kan rapporter från kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen var ett stöd.

Patientnämnden

Antalet inkomna ärenden från Patientnämnden till SLSO under 2021, som gällde läkemedel, var följande: Primärvården 215 (136 år 2020), Geriatriken 2 (3 år 2020) och Psykiatrin 173 (164 år 2020). Den största skillnaden mellan 2020 och 2021 är att inom primärvården handlade ca en tredjedel av alla ärenden om covid-19-vaccinering 2021. Ytterligare analys går inte att göra då merparten av ärendena i huvudsak berör frågor om bemötande och kommunikation snarare än själva läkemedelshanteringen.

Kloka listan

Kloka listan rekommenderar läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar i primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet, farmaceutisk ändamålsenlighet, kostnadseffektivitet och miljöaspekter.

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

Resultat: Följsamheten till Kloka listan inom primärvården ligger stadigt på en hög nivå, 91% 2021 (90% 2020). Geriatriken har fortsatt hög följsamhet, 94% 2021 (91% 2020). För psykiatrin och ASIH mäts följsamheten med tillägg för specialiserad vård, för år 2021 66% (70% 2020) respektive 86% 2021 (86% 2020).

Analys av resultat: Förändringarna i förskrivningsmönstret är begränsade inom psykiatrin och enstaka förändringar i Kloka listan ger därmed en större påverkan på följsamheten. Den lägre följsamheten inom ASIH beror sannolikt på den specialiserade vård som bedrivs inom dessa enheter. Inom dessa verksamheter måste läkemedelsvalet anpassas för den individuella patienten och därför kan inte följsamheten till Kloka listan bli lika hög.

Antibiotikaförskrivning

Sedan flera år har uthämtade antibiotikarecept till invånare i Region Stockholm minskat stadigt. Under våren 2020 sågs en kraftig minskning i samband med utbrottet av pandemin. Under hösten 2021 har uthämtade antibiotikarecept ökat rejält, men ligger fortfarande på en nivå betydligt lägre än innan pandemin. Antalet uthämtade antibiotikarecept under 2021 var totalt 228 recept per 1000 invånare och i och med det har man uppnått det nationella målet (250 recept per 1000 invånare). Totalt sett under 2021

minskade uthämtade antibiotikarecept i Region Stockholm med 4,2% jämfört med 2020. På nationell nivå minskade försäljningen 2021 med 3% mot året innan.

Sedan 2016 är det framför allt luftvägsantibiotika som minskat till invånare i Region Stockholm och minskningen var särskilt kraftig i samband med utbrottet av pandemin. Övriga antibiotikatyper har minskat i långsammare takt. Under hösten 2021, i samband med återgång till mer normalt beteende, ökade luftvägsantibiotika rejält. Totalt sett så minskade dock luftvägsantibiotika med 7 %, urinvägsantibiotika med 1,2 %, hud- och mjukdelsantibiotika med 3,0 % och aknepreparat med 0,7 % under 2021 jämfört med 2020.

De allra äldsta invånarna hämtar ut flest antibiotikarecept per 1000 invånare och åldersgrupp i Region Stockholm. Luftvägsantibiotika dominerar bland små barn medan drygt hälften av alla antibiotikarecept till de äldsta utgörs av urinvägsantibiotika. De äldsta får även mycket hud- och mjukdelsantibiotika per person.

Antalet uthämtade antibiotikarecept förskrivna från SLSO:s primärvård har under 2021 minskat från 82 recept 2020 till 76 recept per 1 000 listade patienter.

Antibiotikabehandling av kvinnor 18-79 år med urinvägsinfektion

Nedre okomplicerad sporadisk urinvägsinfektion hos kvinnor är den vanligaste diagnosen av alla urinvägsinfektioner i primärvården. Antibiotikagruppen kinoloner har största risken för resistensutveckling och därför ska användning av dessa läkemedel begränsas. I enlighet med det nationella målvärdet rekommenderar Strama att icke-kinoloner ska utgöra 90% av urinvägsantibiotikan. Förskrivningen av icke-kinoloner inom SLSO:s primärvård fortsätter på en hög nivå och uppnår Strama:s mål, se tabell nedan.

Urinvägsantibiotika[1]* till kvinnor i Region Stockholm har under 2021 totalt minskat med 3,2 % (7% 2020).

[1]*Som urinvägsantibiotika räknas pivmecillinam, nitrofurantion, trimetoprim samt kinolonen ciprofloxacin (norfloxacin numera avregistrerat).

Tabell 8. Andel kvinnor 18-79 år som behandlades med antibiotika av icke-kinoloner.

	2020	2021
Riket	89 %	89 %
Region Stockholms vårdcentraler	94 %	94 %
SLSO vårdcentraler	94 %	94 %

Antibiotikabehandling av barn 0–6 år med luftvägsinfektion

Antalet antibiotikarecept till barn 0–6 år i Region Stockholm minskade med hela 67% under 2021. Förstahandsval vid antibiotikabehandling är penicillin V (PcV). Bredspektrumantibiotika som cefalosporiner och makrolider ska användas endast i undantagsfall. Stramas mål för behandling av barn 0–6 år är att andelen som behandlas med PcV bör vara större än 80 %. Andelen PcV av luftvägsantibiotika minskade under 2021 inom Region Stockholm (se tabell 4) och ligger strax under Stramas mål för PcV-

behandling av luftvägsinfektion hos barn 0–6 år.

[2]*Som luftvägsantibiotika räknas PcV, amoxicillin, amoxicillin med klavulansyra, cefalosporiner och erytromycin.

Tabell 9. Andel barn 0–6 år som vid luftvägsinfektion behandlades med PcV.

	2020	2021
Riket	73 %	72 %
Region Stockholms vårdcentraler	80 %	78 %
SLSO vårdcentraler	81 %	79 %

Sett till totala antalet uthämtade antibiotikarecept i Region Stockholm får små barn inte längre flest recept. Luftvägsantibiotika dominerar inte som tidigare och utgjorde under 2021 cirka 44 % av alla uthämtade antibiotikarecept jämfört med 52 % under 2019 (ett referensår som ej var påverkat av pandemin). Under 2021 utgjorde urinvägsantibiotika 33 % av alla antibiotikarecept, hud- och mjukdelsantibiotika 19 % och aknepreparat 4 %. De allra äldsta åldersgrupperna innehåller färre individer och därför blir antalet antibiotikarecept till dem heller inte så många.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, (HSLF-FS 2017:37). Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer tydliga krav i vårdavtalen beträffande läkemedelsgenomgångar.

Målet med läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitet och säkerhet vid läkemedelsbehandling, särskilt hos multisjuka och äldre. Under 2021 har en webbutbildning om läkemedelsgenomgångar uppdaterats och gjorts tillgänglig via Lärtorget. Checklistor och andra hjälpmedel vid arbetet med läkemedelsgenomgångar har tagits fram inom regionen och finns att hämta på janusinfo.se. Inom SLSO:s verksamheter genomförs både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Metoden innebär en kartläggning av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel för att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det innebär också omprövning och uppföljning av patientens totala läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.

Kunskapsstödet Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre (MSÄ) gavs ut i ny upplaga i början av 2022 och har distribuerats till bland annat primärvård och geriatrik. Detta är ett bra stöd vid läkemedelsgenomgångar och läkemedelsbehandling av sköra äldre.

Målet för 2022 blir att utöka användandet av de uppdaterade verktygen och utbildningarna inom vården. Ett samarbetsområde mellan VSPS och Kunskapsteam läkemedel är att utöka användandet av MSÄ framför allt inom de geriatriska verksamheterna i deras arbete med läkemedelsgenomgångar, men även inom ASIH och primärvården.

Läkemedelsförsörjning

Vårdenheterna inom SLSO beställer rekvisitionsläkemedel i det upphandlade beställningssystemet Visma Proceedo från den upphandlade läkemedelsleverantören ApoEx. Enligt Svensk författningssamling Lag

(2009:366) om handel med läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning ska vårdgivaren ha en, så kallad, sjukhusapoteksfunktion. Sjukvårdsdirektören har ansvar för SLSO:s sjukhusapoteksfunktion. I funktionen ingår även chefläkare, medicinskt sakkunnig läkare, apotekare, verksamhetschefer samt ansvariga i transportledet. Funktionen samordnar och stödjer verksamheterna med medicinsk och farmaceutisk kompetens inom läkemedelsförsörjning. Viktig information gällande läkemedel förmedlas till verksamheterna via e-post, telefon och intranät. SLSO:s sjukhusapoteksfunktion ingår i Region Stockholms regionala sjukhusapoteksfunktion och bidrar med en funktionsansvarig farmaceut på 25% till den.

Miljöarbete

Ett arbete med att minska användningen av miljöbelastande substanser samt kassation av läkemedel har genomförts inom SLSO:s enheter. Målsättningen har varit en minskning på 3% per år av läkemedlen nämnda på listan ”Miljöbelastande läkemedel” som finns på Janusinfo, för både receptförskrivning och rekvisition. På grund av pandemin har inte miljömål avseende läkemedel kunnat följas upp som planerat. En markant minskning ses dock för felodipin (7%) och diklofenak (8 %) vilket har redovisats i det regionala miljöarbetet. Verksamhetsträffarna med SLSO:s miljöstrateg kommer återupptas kommande år. Ett samarbete mellan apotekarna i den lokala sjukhusapoteksfunktionen och SLSO:s miljöstrateg kommer inledas där andel miljöbelastande substanser samt hur enheterna arbetar med dessa kommer följas upp.

SLSO:s farmaceuter inom den lokala sjukhusapoteksfunktionen har under 2021, bland annat, fördelat pandemiläkemedel från primärvården till slutenvården i syfte att minska kassation.

Några ytterligare områden där miljöarbete påbörjats, och där fortsatt utveckling kommer ske under 2022, är att se över hemsjukvårdens läkemedelskassation, öka andel enheter som använder slutenvårdsdos samt skapa fler gemensamma förråd för sällan använda läkemedel. Även hantering av läkemedelsavfall kommer ses över och utbildningsinsats sättas in vid behov.