



# Patientsäkerhetsberättelse Medicinsk service

År 2020

2021-01-29, för Patientsäkerhetsrådet  
Åsa Rudin, chefläkare

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>MEDICINSK SERVICE.....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning .....	3
Mål .....	3
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
<b>Övergripande mål och strategier .....</b>	<b>5</b>
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet .....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser – vårdskador .....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Egenkontroll.....	11
Avvikelser, klagomål och synpunkter .....	11
Informationssäkerhet.....	14
Riskanalys .....	15
<b>MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....</b>	<b>16</b>

---

# Sammanfattning

## Mål

- Att kontinuerligt ha patienten och patientsäkerhet i fokus, såväl i ledningsstruktur som vårt arbete.

## De viktigaste åtgärderna som vidtagits

- Insatser som utförts för att under covid-19-pandemin ha patienten och patientsäkerhet i fokus.
- Utveckling av patientsäkerhetsråd och patientsäkerhetsdialoger.
- Utveckling och samordning av olika typer av styrande/stödjande dokument.
- Bibehållande och utveckling av befintliga certifieringar och ackrediteringar.
- Samordning av olika typer av styrande dokument.

## De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Kontinuerlig leverans av merparten förvaltningens tjänster trots covid-19-pandemin.
- Samtliga genomförda tillsynskontroller avseende ackreditering/certifiering har utfallit som godkända.

## En blick framåt

- Fortsatt arbete med patientsäkerhetskulturen, bland annat via patientsäkerhetsdialoger
- Fortsatt kontinuerlig utveckling av riktlinjer och standardiserade processer.

---

## Inledning

Medicinsk service bedriver verksamhet inom hela Region Skåne på 17 orter och har sitt huvudsäte i Lund.

Förvaltningen innehöll under helåret 2020:

- Prehospital verksamhet i form av 1177 per telefon och Region Skånes Larmcentral.
- Kliniskt träningscentrum - Practicum.
- Ambulans (två av fyra ambulansdistrikt).
- Laboratoriemedicin inklusive bild och laboratorieteknik inom specialitetsområdena klinisk kemi och farmakologi, klinisk genetik, klinisk patologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk mikrobiologi, arbets- och miljömedicin samt biobanksverksamhet.

För arbets- och miljömedicinsk mottagning, regionalt biobankcentrum, genetisk mottagning och centrum för sällsynta diagnoser utgår uppdragen från Södra sjukvårdsregionen.

I oktober 2020 tillfördes följande verksamheter till förvaltningen:

- Smittskydd Skåne.
- Vårdhygien Skåne.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet inom Medicinsk service sker delvis via andra mätetal än de gängse inom patientnära hälso- och sjukvård.

---

# STRUKTUR

## Övergripande mål och strategier

### Medicinsk service styr mot ökad patientsäkerhet

Styrningen för ökad patientsäkerhet sker genom att kontinuerligt utgå från patientens perspektiv i syfte att skapa en god patientsäkerhetskultur.

Samtliga medarbetare, från ledning till medarbetare, ska involveras.

Det ständiga förbättringsarbetet sker via förankring i alla led och driver på utvecklingen av standardiserade processer med dokumenterade rutiner och riktlinjer.

Standardiserade arbetssätt utgör också grund för att identifiera avvikelser.

För att uppnå ständiga förbättringar har medarbetarna två uppdrag - att utföra arbete och att utveckla detsamma. Alla medarbetare ska vara trygga i att händelser diskuteras, utreds och åtgärdas. Vägledande är strävan efter värdeskapande beteenden och att patientsäkerhetsrisker minimeras.

Målet är därför att varje medarbetare ska agera enligt:

- Jag är uppmärksam, reagerar direkt, tar ansvar och rapporterar när jag upptäcker risker i mitt arbete.
- Jag ser upptäckta risker och fel som möjligheter till förbättring.

## Organisation och ansvar

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet ligger i linjen, kopplat till varje medarbetares individuella ansvar.

Avvikelser inklusive klagomål hanteras i enlighet med de rutiner som gäller för avvikelshanteringssystemet AvIC.

Verksamhetschefen har ansvar för att till chefläkaren rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada samt för att genomföra en utredning av händelsen. Vid behov ska verksamhetschefen initiera en risk- eller händelseanalys.

Verksamhetschefen ansvarar även för handläggning av klagomål och ärenden som inkommit direkt från patienter och anhöriga, från patientnämnden samt från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Chefläkaren ansvarar, i samråd med verksamhetschef, för anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Bild- och laboratorieteknik, ansvarar i samråd med chefläkaren för anmälan till Läkemedelsverket avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Blodverksamhet och vävnadsinrättning anmäler allvarliga avvikande händelser och biverkningar enligt särskilt regelverk till IVO, som årligen inspekterar verksamheten.

Förvaltnings- och delvis regionövergripande patientsäkerhetsarbete bedrivs bland annat inom förvaltningens patientsäkerhetsråd, samverkansgrupp för pre-hospital vård, patientsäkerhetsdialoger, regionala chefläkarnätverket, regionala nätverket för chefssjuksköterskor.

---

### **Patientsäkerhetsrådet**

Chefläkare är sammankallande och ordförande i rådet som träffas tre till fyra gånger per termin.

Rådet rapporterar till förvaltningsledningen. Återrapportering i övrigt sker via intranätet, i ledningsgrupper, på APT och i andra lämpliga fora.

### **Samverkansgrupp för pre-hospital vård**

I samverkansgruppen ingår företrädare för regionens ambulansdistrikt, övriga entreprenörer inom ambulansverksamheten, Region Skånes Larmcentral (RSLC) och SOS Alarm. Gruppen startade 2018 då den regionalt drivna ambulansverksamheten organisatoriskt överfördes till förvaltningen.

Arbetet fokuserar fortsatt på att skapa gemensamma riktlinjer och utbildningar.

### **Akrediterad/certifierad verksamhet**

Laboratoriernas akrediterade/certifierade verksamheter har rutiner för standardiserad uppföljning och förbättringsarbete med fokus på hög kvalitet och patientsäkerhet.

### **Chefsforum**

Chefsforum är ett möte för alla chefer inom förvaltningen. Under senare delen av året har patientsäkerhet varit en återkommande punkt.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan inom regionen sker bland annat i Region Skånes chefläkargrupp och chefsjuksköterskegrupp.

Förvaltningen samarbetar med Koncerninköp och deltar i upphandlingar där kravställning inkluderar patientsäkerhet.

### **Säkerhetsmeddelanden**

Under 2020 hanterades 10 medicintekniska säkerhetsmeddelande via Bild- och laborieteknik. Information om dessa förmedlades till berörda via e-post. 37 säkerhetsmeddelanden skickades via e-post från Medicinsk teknik (MT) till alla förvaltningar för de produkter där MT ansvarar för service.

En liknande rutin har införts för läkemedel på initiativ av Medicinsk service. Denna rutin inkluderar information vid indragning läkemedel, restnotering eller andra avvikelser. Tre meddelanden har inkommit sedan rutinen infördes.

### **Kontinuitetsplanering**

Förvaltningen har en Katastrofkommitté som bland annat tagit fram kontinuitetsplaner för förvaltningens leveranser och förvaltningens egna försörjningsbehov.

Medicinsk service arbetar enligt den regionala modellen för förvaltning av IT- och MT-system.

### **IT-stöd för patientnära analys**

Arbetet med utrullning av regionalt IT-stöd för automatiserad överföring av resultat från patientnära analys i sluten- och öppenvård fortsatte och följer nu tidplanen för utrullningen av Skånes Digitala Vårdinformation.

---

### **Övrigt IT-stöd**

Inom Laboratoriemedicin har införande av moderna digitala informationssystem fortsatt, vilket omfattar:

- LIMS RS som nu är infört inom samtliga berörda verksamheter. Vissa delar återstår att införa tidigt 2021.
- ProSang ska ersätta DoReMi, som används inom transfusionsmedicin och transplantationsimmunologi. Planering för utbyte pågår och systemet ska rullas ut hösten 2021.
- LIMS Biobank.

### **Skånes Digitala Vårdsystem, SDV**

Medicinsk service har under året ingått i olika projekt- och planeringsgrupper inför regionens införande av SDV. Utbyte av åldrade Lab-system till nya biddrar till införandet av elektroniska remisser och svar.

### **Patienters och närståendes delaktighet**

I samtliga utredningar och analyser där patienter är involverade uppmanas patienter och eller närstående att lämna sina synpunkter och upplevelser.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Medarbetarna rapporterar vårdskador och risker för vårdskador via avvikelshanteringssystemet AvIC.

Information om ansvar och skyldighet att rapportera risker och händelser samt hur detta görs, ges i samband med introduktion för nyanställda samt kontinuerligt vid olika typer av möten på arbetsplatserna.

### **Klagomål och synpunkter**

Förvaltningen följer regionens riktlinjer för ”Klagomålshantering”.

Samtliga klagomål och synpunkter, oavsett varifrån de kommer, registreras i AvIC.

Representant från förvaltningens patientsäkerhetsråd ingår i regionens grupp för hantering av klagomål.

---

## Egenkontroll

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Avvikelser	kontinuerligt	AvIC
Patientens klagomål och synpunkter	kontinuerligt	Anmälan direkt till verksamheten, patientnämnden, IVO.



---

# PROCESS

## Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Patientsäkerhetsrådet har arbetat efter en Aktivitetsplan byggd på planerade Mål och strategier för 2020.

### Aktiviteter 2020

- Revision av Patientsäkerhetsrådets uppdrag och sammansättning.
- AvIC – struktur för att uppföljning på förvaltningsnivå baserat på klassificering av avvikelser utförs utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.  
Förtydligande av rutiner i arbetet med AvIC.
- Patientsäkerhetsberättelse har skrivits och spridits.
- Inventering och komplettering av risk- och händelseanalysledare
- Patientsäkerhetsfrågor har lyfts vid Chefsforum.
  
- Uppdatering av förvaltningens patientsäkerhetsdokument
  - Anmälan enligt lex Maria.
  - Anmälan av legitimerad personal som utgör risk för patientsäkerheten.
  - Enskilda klagomål från IVO är uppdaterade.
  - Patientsäkerhetsråd Medicinsk service
  - Patientsäkerhetsdialog
  
- Coronapandemin har präglat större delen av året och inneburit flera förändringar. Nya kunskaper och nya arbetssätt har implementerats vilka kommer till nytta framöver.
  - Helt nya laboratorieanalyser har satts upp med allt det som nya analyser innebär; upphandling, materiel, utbildning, kommunikation, beställnings- och svarsrutiner.
  - Nya hygienrutiner, som har förändrats under året.
  - Besök vid Provtagningsenheterna ändrades från drop in till tidsbeställda mottagningar. Särskilda enheter för provtagning av covidsmittade och misstänkta smittade har inrättats.
  - Träningscentrum Practicum har fått ändra arbetssätt, förändrat utbildning i andningsvård samt ny utbildning som ersatt klinisk utbildningstjänstgöring.
  - Utbildning i preanalytik och användning av patientnära analyser har anpassats till situationen.

---

## Risikanalys

### Medarbetare utbildade i risk- och händelseanalys

Förvaltningen har inom laboratorieverksamheten ett tillgodosett behov av utbildade medarbetare. Under året har analysledare inom prehospital verksamhet utbildats.

### Utförda riskanalyser

För risk- och händelseanalyser saknas förvaltningsövergripande sammanställning då detta hanteras på enhetsnivå. Patientsäkerhetsrådet arbetar för att identifiera, en för förvaltningen effektiv och systematisk samordning och gemensam dokumentation av analyserna.

### Utredning av händelser – vårdskador

En avvikelse kan vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan handla om allt från mindre störningar i det dagliga arbetet, till händelser som medför en vårdskada av olika allvarlighetsgrad.

Det finns en ansvarsfördelning för att ta fram underlag och statistik avseende avvikelser.

Allvarliga avvikelser tas upp i patientsäkerhetsrådet. Under 2020 skedde p.g.a. pandemin denna genomgång endast vid två tillfällen.

Rutinerna för hantering av avvikelser har setts över.

Allvarliga händelser inom blodverksamheten och vävnadinrättning har anmälts till IVO enligt särskilt regelverk.

Utredning har skett efter behov och beroende på hur komplicerad avvikelsen är. Detta görs för att ge svar på vad som hänt – vilken var felhändelsen, orsaker samt utförda och planerade åtgärder, specificerat datum då åtgärderna ska vara utförda samt ansvarig för åtgärden.

---

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

På grund av covid-19 pandemin ställde SKR in vårens punktprevalensmätning (PPM) avseende Basala hygien- och klädrutiner men höstens mätning genomfördes som planerat. I denna deltog laboratorimedicens provtagningsenheter, punktionsenheter, blodgivningsenheter, aferesenhet samt arbets- och miljömedicinsk mottagning.

Utfallet från mätning hösten 2020 var 87 % följsamhet till regelverket, vilket är i linje med det samlade resultatet från Region Skåne. Dock är resultatet sämre jämfört med förvaltningens mätning hösten 2019 som visade på 95 % följsamhet.

## Avvikelser, klagomål och synpunkter

Avvikelser inklusive klagomål rapporteras i avvikelssystemet AvIC.

I förekommande fall hanteras ärendena tillsammans med den hälso- och sjukvårdsförvaltning där patienten behandlats. Utredning sker lokalt på verksamhetschefens ansvar som sammanställer och rapporterar vidare till berörda. Kontakt tas och dialog förs med patient och anhöriga.

Återkoppling till berörd personal sker vid arbetsplatsträff.

## Avvisade prov

Provtagningsfel medför kostnader för hälso- och sjukvården och lidande för patienten.

Årligen avvisas ett stort antal prover och de vanligaste orsakerna till detta är:

- ofullständig identitet på prov och/eller remiss
- prov som saknar remiss eller vice versa
- fel provtagningsmateriel
- fel förvarat/fel transporterat prov
- förväxling av patientidentitet vid provtagning

Även under 2020 har Labmedicin utbildat ett stort antal av regionens medarbetare i preanalytiskt arbete. Trots årligen utförda utbildningsinsatser kvarstår listan över återkommande fel. Förhoppningsvis kommer fel i samband med provtagning att minska då SDV införs.

## Driftstörningar i samband med instrumentutbyte

Efter utbyte av klinisk kemiska analysinstrument har flera fel orsakat driftstopp med försenade analyser/provsvar, risk för felaktiga provsvar inklusive stor påfrestning på medarbetarna, som konsekvens.

Akuta åtgärder har utförts och arbete med långsiktigare plan pågår.

## Undanträngning av ordinarie analysverksamhet pga. covid-19

Behovet av covid-19-relaterade analyser har prioriterats. Detta har inneburit att leverantörer inte har kunnat leverera reagens till övriga analyser/material

enligt plan. Det innebär också att andra analyser inte har kunnat prioriteras baserat på bemanning. till exempel har vissa mikrobiologiska analyser inklusive biobanking av provmaterial pausats, likaså screeningbaserade analyser där samma typ av reagens används till SARS-CoV-2-diagnostik.

## Rapportutdrag ur AvIC

### Händelser registrerade av anställd vid Medicinsk Service

4263 Händelser är registrerade, vilket överensstämmer med antalet för föregående år.

### Avvikelser utredda av Medicinsk Service

2521 avvikelser är utredda inom flödena Patient, Sjukresa, Leveranser och Tjänster, Laboratorium samt MedicinskTeknisk Produkt.

Avvikelser utredda inom övriga flöden: Arbetsmiljö/personal, Produktreklamation, Säkerhet, Miljö redovisas ej här.

	Patient	Sjukresa	Sjukresa, utrett som ANNAN verksamhet	Leveranser och tjänster
VO Ambulans	424	5	1	7
VO Arbets- och Miljömedicin	10	0	0	2
VO Klinisk genetik och patologi	40	0	0	0
VO KIT	26	0	0	3
VO Klinisk kemi och farmakologi	7	0	0	1
VO Klinisk mikrobiologi	14	0	0	0
VO Laboratoriemedicin Bas	43	0	0	9
VO Prioritering råd och stöd	15	6	14	5
Förvaltningsledning och stab	0	0	0	2
<b>Summa Medicinsk Service</b>	<b>579</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>29</b>

	Lab	Lab, utrett som ANNAN verksamhet	MTP	MTP, utrett som ANNAN verksamhet
VO Ambulans	0	0	53	0
VO Arbets- och Miljömedicin	17	0	0	0
VO Klinisk genetik och patologi	111	21	3	0
VO KIT	633	20	1	0
VO Klinisk kemi och farmakologi	67	3	0	0
VO Klinisk mikrobiologi	240	45	1	0
VO Laboratoriemedicin Bas	460	140	12 *	58
VO Prioritering råd och stöd	0	0	0	0
Förvaltningsledning och stab	2	0	0	0
<b>Summa Medicinsk Service</b>	<b>1530</b>	<b>229</b>	<b>70</b>	<b>58</b>

\*varav 7 Säkerhetsmeddelanden

## Avvikelser med riskvärde > 8

Riskvärde finns endast inom flöde Patient och Laboratorium

Patient: 14 st. (21 under 2019) av 579, ca 250 är ännu ej klassificerade.

Lab, utreder som EGEN: 52 st. (35 under 2019) av 1530, ca 412 är ännu ej klassificerade

### Klassificering med avseende på Händelse, Patient



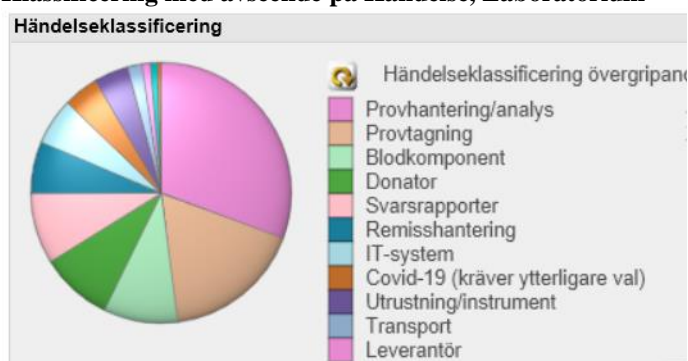
Andelen i gruppen Bedömning har ökat jämfört med föregående år.

### Klassificering med avseende på Orsak, Patient



Andelen Procedurer, rutiner och riktlinjer visar att utveckling inom detta område fortsatt ska prioriteras.

### Klassificering med avseende på Händelse, Laboratorium



Områden provtagning och provhantering utgör närmare hälften av händelserna.

### Klassificering med avseende på Orsak, Laboratorium



Procedurer, rutiner och riktlinjer visar att utveckling inom detta område fortsatt ska prioriteras.

---

## Händelser och vårdskador

Med utgångspunkt från utdrag ur AvIC hade Medicinsk service under 2020 50 allvarliga händelser och 5 anmälningar av allvarlig biverkan i samband med blodgivning. En allvarlig händelse vid stamcellstransplantation har anmälts.

I början på året noterades läkemedelsavvikelser inom ambulans, dessa är åtgärdade och var avgränsade till tid och person.

Under 2020 skickade förvaltningen in 16 lex Maria-anmälningar, varav en tillsammans med annan förvaltning, vilket är en ökning jämfört med tidigare år (2018 12 st. 2019 10 st.).

Anmälningar enligt lex Maria:

- IT haveri inom klinisk mikrobiologi.
- Felaktig bedömning av prov samt försenad remisshantering på klinisk genetik och patologi.
- feldosering av läkemedel till barn, bristande kommunikation vid bedömning av spädbarn, försenad sepsisdiagnos, fördröjd behandling i samband med olycka, missad diagnos samt behandling med fel kompetens i teamet inom ambulans.
- Bedömning av vårdnivå inom Prio råd och stöd
- Användning av fel reagens vid covidanalys.
- Avsaknad av kontroll vid diagnostik inom klinisk immunologi.

Anmälningarna rörde flertalet av Medicinsk Service verksamheter.

Åtgärder har gjorts i form av information i verksamheten, frekventa utbildningsinsatser, genomgång av rutiner som reviderats och samordnats samt ett kontinuerligt och konsekvent arbete med standardisering i alla led och processer. till exempel har inom ambulans under året startat ett patientsäkerhetsarbete med utbildning av chefer och stab som fortsätter under kommande året.

## Informationssäkerhet

Förvaltningen har fortsatt det under 2018 påbörjade arbetet med att utvecklat den interna organisationen för informationssäkerhet och dataskydd.

Här listas exempel på aktiviteter som genomförts 2020:

- I samband med enskilda avvikelser har loggning av dokumentationssystemen liksom granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring genomförts.
- Systematiska loggkontroller i journalsystem
- Inga brister avseende konfidentialitet, tillgänglighet eller riktighet har identifierats.
- Riskanalyser inför införande av nya laboratorieinformationssystem, analysinstrumentering.
- För ambulans har en ”app.” för behandlingsriktlinjer, direktiv och rekommendationer införts.
- Rollen Informationssäkerhetshandläggare har vidareutvecklats

- 
- Utvecklade rutiner för att stänga behörigheter för medarbetare som slutar sin anställning
  - Utbildning till exempel *Säker informationshantering* (Utbildningsportalen), genomgång av Informationssäkerhetsanvisningar i Region Skåne
  - Utfasning av egenutvecklade IT-system
  - Utfasning av gemensam inloggning till journalsystem
  - Införande av säker lagring

## **Riskanalys**

Ett flertal mindre riskanalyser har gjorts i samband med planering av eller planerade förändringar. De största identifierade riskerna är inom laboratorieverksamheterna långa svarstider och avsteg från befintliga rutiner.

Inom prehospital vård är medicinska felbedömningar, fel kompetens som hanterar ärenden de största riskerna samt risker i samband med materiel vid ambulansärenden och transport.

---

## MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet under 2021 kommer, utan inbördes prioritering, att fokusera på:

- Patientsäkerhetskultur genom arbete med insikt och förhållningssätt till att händelser sker, ledarskap med mod och kunskap och en god arbetsmiljö.
- Struktur, uppdrag och deltagande inom patientsäkerhetsrådets arbete
- Att införa ”Patientsäkerhetsdialoger” inom samtliga VO.
- Att utveckla lärandet utifrån kontinuerlig analys av avvikelser i AvIC.
- Att utveckla samarbetet med IVO och Patientnämnden.
- Patientsäkerhetsutbildning inom förvaltningen. Planerad utbildning via chefsforum. Inom ambulans planeras en särskild satsning på säkert arbete inklusive patientsäkerhet.
- Fortsatt genomgång och uppdatering av styrande dokument.
- Att delta i arbetet inom SDV-projektet med ett patientsäkerhetsperspektiv
- Uppföljning av fortsatt införande av analysplattformen samt LIMS RS samt ProSang.
- Arbete i verksamheten utifrån specifika områden som identifieras, diskuteras och följs upp på de årliga patientsäkerhetsdialogerna