

# Patientsäkerhetsberättelse för Medicinsk service 2023



Datum **2024-02-02**  
Ansvarig för innehållet **Åsa Rudin**  
Diarienummer **2024-0000205**

## INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsen för Medicinsk service<sup>1</sup> utgår från lagkrav<sup>2</sup> och följer strukturen i nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Syftet med förvaltningens berättelse är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten samt att blicka framåt på kommande arbete under 2024.



Källa:

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

<sup>1</sup> I förvaltning Medicinsk Service ingår åtta verksamhetsområden, sex inom laboratoriemedicin och två prehospitala inklusive ambulans.

<sup>2</sup> PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

SAMMANFATTNING .....	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	11
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	24
KOMMANDE ÅR .....	27

# **SAMMANFATTNING**

## **Mål**

Ledande aktör med patientfokus.

### **De viktigaste åtgärderna som vidtagits**

- Om- och nybyggnation avseende lokaler för laboriemedicin i Lund och Malmö.
- Omfördelning av prover mellan våra laborier regionalt vid behov för god hantering och flexibilitet.
- Utveckling av olika typer (differentiering) av ambulansresurser.
- Införande av dygnsambulans Trelleborg.
- Fortsatt utveckling av patientsäkerhetsråd och patientsäkerhetsdialoger.
- Fortsatt utveckling och samordning av olika typer av styrande/stödjande dokument.
- Utveckling av patientsäkerhetskulturen i verksamheten.

### **De viktigaste resultaten som uppnåtts**

- Samtliga genomförda tillsynskontroller inom laboriemedicin avseende ackreditering/certifiering har utfallit som godkända.
- Inspektioner inom blodverksamhet och vävnadsinrättning har utfallit som godkända.
- Patientsäkerhet ingår i fler agendor än tidigare.
- Patientfokus har ökat inom förvaltningen.

### **En blick framåt**

- Fortsatt arbete med patientsäkerhetskulturen inom alla verksamhetsområden.
- Fortsatt kontinuerlig utveckling av riktlinjer och standardiserade processer.
- Fortsatt arbete via utbildning och diskussion för att förebygga risker och händelser.
- Fokus på proaktivt arbete vilket inkluderar att analysera och medvetandegöra risker i verksamheten.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



### Övergripande mål och strategier

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

Medicinsk service har som övergripande mål ”Ledande aktör med patientfokus”.

Styrningen för ökad patientsäkerhet sker genom att kontinuerligt utgå från patientens perspektiv samt genom att skapa en god patientsäkerhetskultur. Samtliga medarbetare, från ledning till medarbetare involveras.

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

Strävan är därför att varje medarbetare ska agera enligt:

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

## **Organisation och ansvar**

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

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet ligger i linjen och är kopplat till varje medarbetares individuella ansvar. Övergripande ansvar ligger hos respektive verksamhetschef.

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

Ett gott samarbete och öppen dialog sker mellan verksamhetschefer och chefläkare. Verksamhetschefen ansvarar för att till chefläkaren rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vid behov ska verksamhetschefen initiera en risk- eller händelseanalys. Inom förvaltningen finns ett flertal analysledare i risk och händelseanalys. Ytterligare analysledare utbildas vid behov.

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

Chefläkaren ansvarar för anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt förvaltningens delegationsordning. Inom laboratoriemedicin ansvarar bild- och laboratorteknik i samråd med chefläkaren för anmälan till Läkemedelsverket avseende negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Inom ambulans ligger ansvaret på verksamhetsnivå i samråd med chefläkare. Blodverksamhet och vävnadsinrättning anmäler allvarliga avvikande händelser och biverkningar enligt särskilt regelverk till IVO. Regelverket innefattar även inspektion av verksamheten vartannat år.

### **Ackrediterad/certifierad verksamhet**

Laboratoriernas ackrediterade/certifierade verksamheter har rutiner för standardiserad uppföljning och förbättringsarbete med fokus på hög kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitet är ett huvudbegrepp och senaste tiden har förvaltningen arbetat med att hitta vad som är gemensamt och vad som skiljer kvalitet respektive patientsäkerhet och hur vi inkluderar båda.

Inom VO ambulans har patientsäkerhetsorganisationen flyttats längre ut i organisationen vilket resulterat i att dialogen blivit en naturlig del av vardagen och att man når medarbetarna bättre.

Inom Immunologi och transfusion engageras flera individer med olika professioner för att öka systemtänkandet.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

### **Patientsäkerhetsrådet**

I rådet bedrivs förvaltningsövergripande patientsäkerhetsfrågor. Chefläkare är sammankallande och ordförande i rådet som har möte tre gånger per termin. I rådet ingår representanter från förvaltningens åtta verksamhetsområden, kvalitetsledare laboriemedicin samt kommunikatör.

Rådet rapporterar via chefläkaren till förvaltningsledningen och via rådsdeltagarna till verksamheterna.

### **Chefsforum**

Chefsforum, som leds av förvaltningschefen, är ett möte för alla chefer inom förvaltningen. Patientsäkerhet och ledarskap är återkommande punkter på agendan. Arbetet med att utveckla och förbättra ledarskapet har påbörjats under året. En inventering av chefernas genomförda utbildningar inom området är slutförd.

### **Regional samverkan**

#### **Samverkansgrupp inom pre-hospital vård**

I samverkansgruppen ingår företrädare för regionens två ambulansdistrikt, övriga entreprenörer inom ambulansverksamheten, Region Skånes Larmcentral (RSLC) och SOS Alarm. Arbetet fokuserar fortsatt på att skapa gemensamma riktlinjer och fördjupad kunskap om varandras verksamhet.

#### **Advisory Board för Practicum**

I gruppen ingår företrädare för Practicum Clinical Skills Centre (regionalt kliniskt träningscenter -KTC) och representanter för användare samt samarbetspartners såsom företrädare för lärosäten och Region Skånes förvaltningar. Gruppen diskuterar utbildningsinsatser, strategi och framtidsfrågor. Närvaron av deltagare har förbättrats under året.

Samverkan inom regionen sker även via Region Skånes patientsäkerhetsråd, chefläkargrupp och chefsjuksköterskegrupp. Samarbetet mellan regionens olika förvaltningar har fortsatt att utvecklas inklusive samverkan mellan förvaltningens och andra förvaltningars chefläkare.

Förvaltningen samarbetar också med Koncernstab ekonomi- och inköp där patientsäkerhet utifrån olika perspektiv ingår i kravställningar inför inköp och upphandling.

## Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

### Digitala verktyg och infrastruktur

Beroenden av digitala verktyg och infrastruktur ställer höga krav på informationssäkerhetsarbetet, genom både tekniska och organisatoriska åtgärder.

Sjukvården är en samhällsviktig aktör. Allvarliga incidenter inom informationssäkerhet är rapporteringspliktiga till MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) respektive IMY (Integritetsskyddsmyndigheten).

I förvaltningens stab ingår strateg för informationssäkerhet och dataskydd som stöd för verksamheten. Inom respektive verksamhetsområde finns handläggare för informationssäkerhet. Förvaltningens organisation har utvecklats under året, men arbetet behöver fortgå även under nästa år. Medicinsk service finns representerat i regionala forum inom informationssäkerhet- och dataskydd.

Klassning av information och riskanalyser av densamma genomförs då nya programvaror ska inhandlas, eller vid förändringar i befintliga. Syftet med denna riskhantering är att analysera hot, risker /och sårbarheter som kan påverka verksamheten och utifrån detta vidta lämpliga organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder för att minska riskerna till en för verksamheten acceptabel nivå. Detta utgör ett värdefullt underlag för beslut vid upphandling och informationsägarens driftgodkännande.

Förvaltningen följer regionala rutiner med analys i samband med incidenter kopplat till informationshantering eller som en del i processer för informationshantering. Likaså ska riskanalyser genomföras i samband med införandet av nya programvaror inom förvaltningen.

### En god säkerhetskultur

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

Arbete med patientsäkerhetskultur är en kontinuerlig aktivitet. Fokus inom patientsäkerhetsarbetet är förbättring och lärande. Grunden i arbetet är att få bort skuld och repressalier, på såväl personligt som övergripande plan. En god kultur syftar till att skapa möjlighet för samtal om både risker och inträffade händelser. Diskussioner har ägt rum inom förvaltningens ledningsgrupp, i verksamheten och vid de årliga patientsäkerhetsdialogerna. Varje medarbetare har ett ansvar. Det innebär att arbeta med och förtydliga varje medarbetares ansvar och att det på arbetsplatserna finns ett





ledarskap och en kultur som främjar öppenhet. Det handlar att skapa psykologisk trygghet dvs att våga och kunna prata om sina misstag, att rapportera och diskutera de risker man ser. Både chef och medarbetare ska kunna ta dessa diskussioner på allvar och på ett konstruktivt och öppet sätt.

Förvaltningen har under året fortsatt att utveckla patientsäkerhetskulturen.

## Adekvat kunskap och kompetens

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



Förvaltningen har under året rekryterat många nya medarbetare, särskilt inom verksamhetsområdet laboriemedicin bas, vilket har ställt höga krav på introduktion, upplärning och schemaläggning. Förvaltningen var vid årsskiftet 2023–2024 i stort sett fullbemannad.

Kunskap inom patientsäkerhet har förmedlats via:

- Information och diskussion i förvaltningens ledningsgrupp för vidare spridning i linjen
- Utbyte av erfarenhet och kunskap i patientsäkerhetsrådet
- Chefsforum
- Utbildning på verksamhetsnivå
- Återkommande kontakter mellan chefläkare och verksamheten, samt via deltagande på möten

Under 2023 har arbetet med en förvaltningsövergripande kompetensplan fortsatt, vilket bygger på respektive verksamhetsområdes plan.

## Patienten som medskapare

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



*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

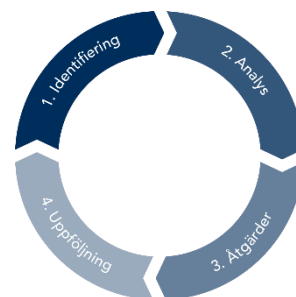
I utredningar där patienter är involverade bör kontakt med patient eller anhörig etableras och uppmanas att lämna sina synpunkter och upplevelser.

Omfattningen av direkt patientkontakt skiljer sig mellan förvaltningens verksamhetsområden, från de som ständigt arbetar med patienter såsom Ambulans, RSLC, 1177 per telefon samt mottagningar inom laboriemedicin, till de som inte har något direkt patientkontakt, laborerande verksamheter och Practicum. Det innebär att erfarenhet av patienter som deltar i patientsäkerhetsarbetet skiljer sig mellan olika verksamheter. Arbetet med patienten som medskapare har under året utvecklats inom förvaltningen. Vid analys av avvikelser ingår att analysera och utreda hur händelsen påverkar patienter.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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



### PPM Basala hygienrutiner och klädregler

#### Resultat

Vid årets mätning deltog laboratoriemedicins provtagningsenheter, punktionsenheter, blodgivningsenheter, aferesenhet samt mottagningsverksamhet, under höstens mätning deltog även ambulans.

Resultaten för förvaltningen ligger högre än regionens genomsnitt och har förbättrats något. Mätningen innefattar klädrutiner och hygienregler. Förvaltningen klarar regionens mål (90% rätt) för hygienrutiner vilket ytterligare en förvaltning till uppnår. Ingen förvaltning uppnår målet (100%) för klädregler. Enstaka enheter behöver göra insatser för att förbättra sina resultat. Utfall, åtgärder och förebyggande arbetet följs upp.

Presentation av genomförd PPM sprids i linjen och presenteras och diskuteras i ledningsgrupper på förvaltnings- och verksamhetsnivå, i patientsäkerhetsrådet samt vid arbetsplatsträffar på enhetsnivå.

### Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



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 vårdskada av olika allvarlighetsgrad.

Arbetet med avvikelser är mångfacetterat och innehåller alla delar i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Förvaltningens avvikelsearbete inkluderar

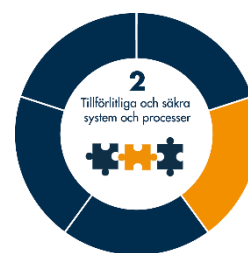
statistik och uppföljning, patientsäkerhetskultur, ökad kunskap, förbättringsarbete, spridning inom verksamheterna och till andra berörda enheter/förvaltningar mm. Uppföljning sker i olika verksamhetsnära grupper samt i patientsäkerhetsrådet. Tider för avvikelshantering har följt upp och arbete har gjorts för att avsluta tidigare avvikelser.

Utredning av händelser sker i olika omfattning beroende på behov och komplexitet, för att kunna ge svar på vad som hänt – felhändelse, orsaker, samt utförda och planerade åtgärder, inklusive vem som är ansvarig.

Uppföljning av avvikelset arbetet är inkluderat i de årliga patientsäkerhetsdialogerna. Flera verksamhetsområden har under året genomfört utbildning i patientsäkerhet och det ingår i introduktionen för förvaltningens chefer. Ämnet riskbeteende har diskuterats och utbildningsinsatser i ämnet är utförda inom vissa verksamheter. Ett bra samarbete är etablerat med verksamheter, chefläkare och HR. Ökad kunskap sker även via utbyggt samarbete mellan förvaltningens verksamheter samt med andra samarbetspartner inom regionen (sjukhus, öppenvård, upphandlade enheter, SBHM (område säkerhet beredskap, hållbarhet, miljö) med flera.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

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



## Förvaltningens patientsäkerhetsdokument

Följande dokument är reviderade under året:

- Intern utredning av allvarlig vårdskada
- Yttrande från medarbetare gällande avvikelse
- Hantering av klagomål från patient
- Patientsäkerhetsråd
- Patientsäkerhetsdialog
- Förteckning för risk och händelseanalysledare

## Tillsyn via myndigheter

Verksamheterna inom laboriemedicin är ackrediterade via olika tillsynsorgan och har även en certifiering, allt i strävan för hög kvalitet med fokus på patientsäkerhet.

Följande kvalitetsstandarder följs:

- ISO 15189, ISO 17025 – laboratorieanalyser.

- EFI och JACIE – laboratorieanalyser som avser organ och celltransplantationer.
- GMP (Good Manufacturing Practice) - blodgivning och framställning av blodkomponenter.
- ISO 9001 - tillverkning av mikrobiella odlingsmedier och reagens för mikrobiologisk diagnostik.

Samtlig tillsyn av ovanstående har utfallit med godkänt resultat.

Tillsynsmyndigheterna IVO och läkemedelsverket gör vid behov tillsyn i verksamheten som en av åtgärderna på inkommande anmälningar av vårdskada alternativt risk för vårdskada. Ingen tillsyn har skett avseende detta under året.

## Säker vård här och nu

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



### Är vården säker idag

Återkommande störningar har inträffat i verksamheten i form av avbrott inom IT-, vatten-, el- och telefoniförsörjning vilket förutsätter goda kris- och kontinuitetsrutiner. Störningarna är ett test och ger ett kvitto på om och hur rutinerna fungerar samtidigt som de också ger möjlighet till förbättring.

Andra typer av störningar som påverkat verksamheten under året är personalbrist baserat på sjukfrånvaro och introduktion av nya medarbetare och materialbrist baserat på leveransstörningar vilket är allt vanligare.

Året 2023 har fortsatt med stora förändringar inom laboratoriemedicin i syfte att ytterligare utveckla användning av den specialitetsoberoende analysplattformen (ansvar, instrument, automation, programvaror för laboratorieanalyser), utveckla molekylär diagnostik samt ombyggnationer i befintliga och nya gemensamma lokaler.

Satsningarna genomförs i syfte att skapa stabila förutsättningar för snabba provsvar av hög kvalitet samtidigt som monotona arbetsuppgifter minimeras. Utvecklingen kräver insatser såväl under planering som införandet. Standardisering och automatisering resulterar att avvikelser och risker kan minskas. Dock behöver kunskapen om manuella rutiner bibehållas för att klara driftstopp av automationen.

Ett axplock av genomförda aktiviteter:

- Nytt digitalt beställningssystem, eLAB RS har fortsatt rullats ut och sortimentet utökas kontinuerligt baserat på det kommande beställningsbara sortimentet i Skånes digitala vårdinformation (SDV). eLAB RS en interimslösning inför SDV som innehåller digital ordination/beställnings- och svarsfunktionalitet.
- Förberedelser inför införande av nya transportlådor och automatiserad provuppacknings- och sorteringsprocess.
- Utveckling av processflödet avseende digitala bilder inom patologi.
- Ombyggnationer av befintliga lokaler i Lund är genomförd och nu pågår inflyttning.
- Samtliga tilltänkta verksamheter inom laboriemedicin har flyttat in nya servicebyggnad i Malmö.

### **Prehospital vård**

Psykiatriambulans (PAP) som tidigare drivits i projektform har under året övergått till permanent verksamhet.

Ambulans har upphandlat och under året infört ny övervakningsutrustning i hela regionen. Arbetet har innefattat införande av ett helt nytt system och stora problem med att säkerställa patientsäkerheten, då utrustningen inte uppfyller verksamhetens krav. Mycket arbete har ägnats åt felsökning och åtgärder samt kontakter med inköp och företaget.

Införande av dygnsambulans i Trelleborg för ökad tillgänglighet och förbättrade insatstider.

Nytt avtal hösten 2023 för RSLC, med förändrad arbetsfördelning mellan RSLC och SOS. Fokus för arbetet har varit införande av beslutstöd, utbildningsinsatser, uppföljning och kvalitetssäkring mm.

1177 per telefon har under året anställt fler sjuksköterskor och väntetiderna har minskat medan inkommande samtal ökat.

## Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Förvaltningen har påbörjat en förflyttning från reaktivt arbetssätt, där man reagerar efter att en händelse skett, till att även arbeta proaktivt, genom att analysera vilka risker som finns i verksamheten, medvetandegöra och åtgärda innan något händer.

## Riskanalyser patientsäkerhet

Fem riskanalyser för patientsäkerhet under ledning av förvaltningens chefsläkare har genomförts under året. Fördelade på verksamhetsområde enligt nedan:

VO klinisk immunologi och transfusion

- Blodverksamhet – sållningstester

VO klinisk mikrobiologi och vårdhygien

- Bildande av gemensam provmottagning i Lund med fokus på mikrobiologisk diagnostik (uppföljning)

VO klinisk mikrobiologi och vårdhygien och VO klinisk immunologi och transfusion

- Arbete i två LIMS-instanser

VO laboratoriemedicin bas

- Primärvårdsprover från Trelleborg skickas direkt till Malmö för analys
- Planerad automatiserad hantering, sortering och vidare leverans av inkommande prover med transportlådor (SAHPT)

Flertalet riskanalyser har även gjorts på verksamhetsnivå för riskbedömning vid införskaffande av utrustning och vid verksamhetsförändringar. Ytterligare risk och konsekvensanalyser har genomförts med huvudfokus på arbetsmiljö som i olika omfattning även inkluderat patientsäkerhet.

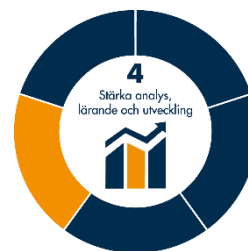
## Riskanalyser informationssäkerhet

Riskanalyser har under året utförts avseende:

- U533 DokIT, Dokumenthanteringssystem för Medicinsk service
- Rapid AI, Rädda hjärnan
- ProSang, IT-system för transfusionsmedicin

## Stärka analys, lärande och utveckling

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



### Avvikelser

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

Medarbetarna rapporterar händelser, risker för vårdskador samt förbättringsförslag via avvikelshanteringssystemet AvIC.

Information om syfte, 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.

Hantering av avvikelser ska ses som drivkraft till verksamhetsutveckling där återkommande avvikelser uppmärksammas och ger underlag till förbättring och ökad kunskap.

### Förvaltningens avvikelser

*Händelser registrerade av anställd vid Medicinsk Service*

4365 händelser registrerade under 2023 (3979 under 2022).

*Avvikelser utredda av Medicinsk Service*

3680 avvikelser är utredda inom flödena, Patient, Sjukresa, Leveranser och Tjänster, Laboratorium, Medicinsk Teknisk Produkt (MTP). (2022: 2974 st, 2021: 2777 st.)



Avvikelser som har utretts inom övriga flöden: Arbetsmiljö/personal, Produktreklamation, Säkerhet, Miljö redovisas inte här.

	Patient	Sjukresa	Sjukresa, utrett som ANNAN verksamhet	Leveranser och tjänster
VO Ambulans	720	11	4	6
VO Arbets- och Miljömedicin	6	0	0	2
VO Klinisk genetik och patologi	71	0	0	4
VO KIT	24	0	0	4
VO Klinisk kemi och farmakologi	2	0	0	1
VO Klinisk mikrobiologi	6	0	0	1
VO Laboratoriemedicin Bas	26	0	0	5
VO Prioritering råd och stöd	74	0	0	1
Förvaltningsledning och stab	0	0	0	0
<b>Summa Medicinsk Service 2023</b>	<b>930</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>31</b>
Medicinsk service 2022	818	0	4	31
Medicinsk service 2021	896	22	6	29

	Lab	Lab, utrett som ANNAN verksamhet	MTP	MTP, utrett som ANNAN verksamhet
VO Ambulans	0	0	257	0
VO Arbets- och Miljömedicin	32	0	1	0
VO Klinisk genetik och patologi	318	26	7	0
VO KIT	695	47	0	0
VO Klinisk kemi och farmakologi	65	21	2	0
VO Klinisk mikrobiologi	150	27	1	0
VO Laboratoriemedicin Bas	733	174	19*	130
VO Prioritering råd och stöd	0	0	0	0
Förvaltningsledning och stab	0	0	0	0
<b>Summa Medicinsk Service</b>	<b>1993</b>	<b>295</b>	<b>287</b>	<b>130</b>
Medicinsk Service 2022	1862	154	71	34
Medicinsk Service 2021	1423	209	124	58

\*varav 16 Säkerhetsmeddelanden

### Avvikelser med riskvärde 8 eller högre

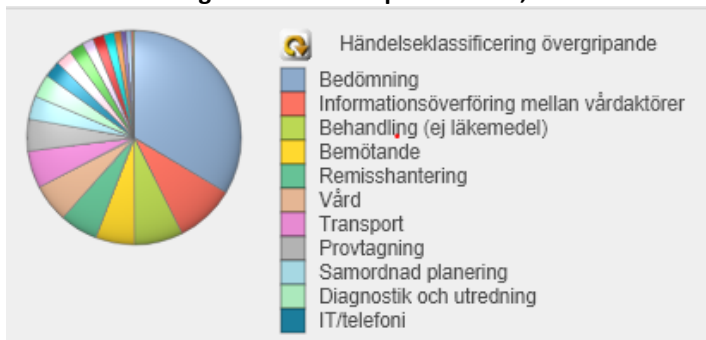
Riskvärden finns endast inom flöde Patient och Laboratorium.

Patient: 3 av ca 100 klassificerade, ca 50 ännu inte klassificerade.

Lab, utreder som EGEN: 16, av ca 1600 klassificerade, ca 380 ännu ej klassificerade

Lab, utreder som ANNAN: 6, av ca 220 klassificerade, ca 75 ännu ej klassificerade

### 2023 Klassificering med avseende på Händelse, Patient



Informationsöverföring mellan vårdaktörer har minskat något.

I övrigt ses inga större förändringar jämfört med 2022.

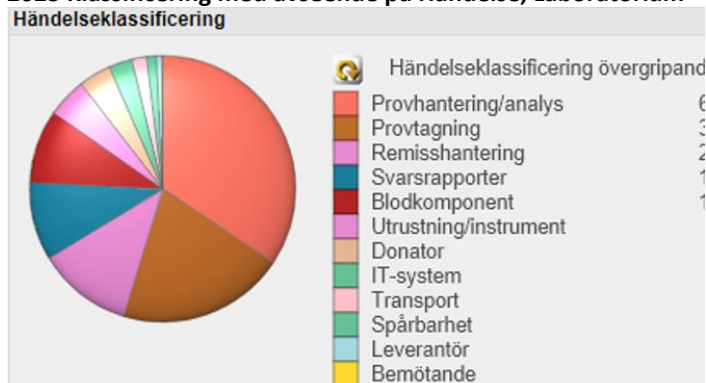
### 2023 Klassificering med avseende på Orsak, Patient



Jämfört med 2022 har andel:

- Procedur/riktlinjer/rutiner minskat.
  - Information/kommunikation minskat något.
  - Ingen orsak ökat.
  - Teknik/utrustning/system ökat något.
- Övriga områden är som tidigare år.

### 2023 Klassificering med avseende på Händelse, Laboratorium



Inom dessa områden ses inga tydliga skillnader jämfört med tidigare år.

### 2023 Klassificering med avseende på Orsak, Laboratorium



Den stora andelen inom "Procedurer/rutiner/riktlinjer" visar att utveckling inom detta område fortsatt ska prioriteras. Detta noterades även tidigare år.

Jämfört med tidigare år kan också noteras att andelen "teknik/utrustning/system" samt "ingen orsak" har ökat.

#### **Avvisade beställningar till laboratorierna**

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

Årligen avisas 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

Med införande av digitala beställningar har nya fel identifierats:

- provtagning signeras/bekräftas inte (med konsekvens att provet når laboratoriet utan beställning).

Däremot minimerar digital beställning problemet med ofullständig identitet på prov och/eller remiss.

Laboriemedicin bedriver kontinuerligt ett utbildningsarbete gentemot vårdens provtagande verksamheter och har under det gångna året även tagit fram e-utbildning inom preanalys. Likaså får regionens ca 800 Labombud information via prenumerationsfunktion från webbplatsen Vårdgivare Skåne.

#### **Säkerhetsmeddelanden**

Under 2023 hanterades 15 medicintekniska säkerhetsmeddelande via Bild- och laborieteknik och vilket är oförändrat jämfört med föregående år (14 år 2022). Information om dessa förmedlades till berörda via e-post.

#### **Händelser och vårdskador**

Under 2023 rapporterade förvaltningen 15 anmälningar via lex Maria-anmälningar. Förvaltningen deltog även vid 3 utredningar och anmälningar som gjordes av annan förvaltning (SUS).

Antalet anmälningar är ungefär samma antal som tidigare år (2019 10 st, 2020 16 st, 2021 14 st, 2022 sju stycken).

Åtgärder har gjorts i form av information, utbildningsinsatser, genomgång av rutiner som reviderats och samordnats samt ett kontinuerligt och konsekvent arbete med standardisering. Anmälningar som involverar verksamhet utanför vår förvaltning diskuteras alltid med vederbörande chefläkare. Gemensamt arbete med utredning, delgivande av utredning, information, utbyte av synpunkter och kunskap görs beroende på händelsen och överenskommelse.

#### **Beskrivning av anmälningarna till IVO enligt Lex Maria uppdelat på verksamhetsområde:**

## *VO Ambulans*

### Fördröjd behandling av nackfraktur 2022-KM001837

Ett skolbarn sprang in i en stolpe på skolgården. När barnet kom hem från skolan ringde vårdnadshavaren efter ambulans. När ambulansen anländer görs en noggrann undersökning av barnet utan anmärkning. Ambulanspersonalen var också i kontakt med regional läkare på telefon för att säkerställa att rätt bedömning gjordes. Barnet behövde inte följa med till sjukhuset men vårdnadshavaren fick noggrann instruktion om att vid oro, försämring eller utebliven förbättring höra av sig till sjukvården. Efter fem dygn tog familjen kontakt med sjukvården och en utredning visade frakturer i nacken. Barnet behandlades med nackkrage. Nacktrauma hos barn är svårt att bedöma och det är oklart om detta var en undvikbar händelse. Eftersom barnet drabbades av en nackfraktur och risk fanns för förvärrad skada särskilt vid ett eventuellt nytt trauma anmäldes händelsen.

### Person med hormonbristsjukdom fick fördröjd behandling 2023-KM000158

Ambulans larmades ut till en person som fått feber och kräkningar. Personen, som har en hormonbristsjukdom, undersöktes av ambulanspersonalen. Undersökningen var utan anmärkning och bedömningen var att patienten inte behövde en ambulans utan kunde ta sig till sjukhuset på egen hand. Verksamhetens rutiner följdes inte i samband med bedömningen. Vid ankomst till sjukhus var patientens tillstånd försämrat.

### Fördröjd vård och behandling av äldre person med kotkompression 2023-KM000390

Ambulans skickas ut till kvinna som har ryggsmärta sedan fall i hemmet för en vecka sedan. Smärtan har förvärrats. Kvinnan undersöks av ambulans som bedömer att kvinnan kan stanna kvar hemma och rekommenderas smärtstillande läkemedel. Ambulans kallas åter efter ytterligare 2 dagar. Patienten körs, läggs in på sjukhus och behandlas för smärtlindring av kotkompression. Patienten behöver även behandling av vätske- och saltrubbningar samt njur- och hjärtsvikt. Patienten försämras ytterligare under sjukhusvistelsen och avlider efter drygt en vecka på sjukhus. Händelsen har inneburit fördröjd tid till vård och behandling, vilket kan ha påverkat förloppet samt även risk för förlängt lidande.

### Fördröjd behandling av bruten fotled 2023-KM000391

Ambulans tillkallas till äldre person som ramlat utomhus och fått foten under sig. Personen har smärta i foten som även är svullen. Kvinnan undersöks av ambulans, bedöms som stukning och får egenvårdsråd. Efter utebliven förbättring söker personen åter sjukvård 2 dagar senare, röntgen visar fotledsfraktur. På grund av svullnad fördröjs operationen. Händelsen har inneburit fördröjd tid till behandling, förlängd vårdtid med förlängt lidande.

Patienten utsattes för risk då vederbörande på egen hand tog sig till sjukhuset. 2023-KM001055

Ambulans kallas till en person som ramlat och skadat sig på ett järnspett. Personen har tagit sig från olycksplatsen och befinner sig hos vänner. Hen är opåverkad och har ett öppet sår på bröstet. Språkföribistring föreligger men man kommer överens om att patienten på egen hand ska ta sig till akuten. På sjukhuset undersöks patienten och läggs in för observation till nästa dag då han kan skrivas ut. Patienten utsattes för risk för akut försämring under transporten, på egen hand, till sjukhuset

#### *VO ambulans, Region Skånes Larmcentral (RSLC)*

Person med påverkad andning prioriteras lågt och får vänta på ambulans 2022-KM001310  
Ambulans kallas via SOS till en patient med påverkad andning. Tillståndet bedöms inte vara livshotande vilket gör att ambulans inte skickas omgående. I väntan på ambulans ringer en sjuksköterska på RSLC upp patienten för att följa upp hens tillstånd. Sjuksköterskan har svårt att få svar på sina frågor men bedömer inte att patienten är i behov av akut hjälp, och ger ärendet en lägre prioritering. När ambulansen kommer är patienten allvarligt påverkad och körs till akutmottagningen. Fördröjning av behandling gör att det finns risk för att patientens tillstånd förvärras och att vårdtiden förlängs.

Fördröjd tid till vård och behandling av person med andningsproblem 2022-KM001312  
En personlig assistent ringde till 1177 med anledning av att hens brukare hade hög feber och andningsproblem. Sjuksköterskan gjorde bedömningen att ärendet inte var livshotande och kontaktade RSLC för beställning av ambulanstransport. Efter att larmcentralen pratat med brukarens personliga assistent gjorde de samma bedömning, att ärendet inte var livshotande. När ambulansen anlände och personen undersöktes av ambulanspersonen visade det sig att hen var allvarligt sjuk och kördes därför akut till sjukhuset. Att ärendet fick en låg prioritering medförde förlängd tid till vård och behandling.

#### Fördröjd behandling av hjärtinfarkt 2022-KM001475

En person ringde till SOS på grund av akut bröstsmärta som strålade ut i ryggen. Ärendet prioriterades som ej livshotande och en ambulans beställdes. I väntan på ambulans kontaktades patienten av en sjuksköterska på RSLC för uppföljning. Patientens tillstånd hade inte förändrats och prioriteringen ändrades inte. När ambulansen kom fram och patienten undersöktes, visade EKG misstänkt hjärtinfarkt och patienten kördes direkt till sjukhus. På grund av att ärendet fick en låg prioritering fördröjdes tiden till behandling av hjärtinfarkten.

Fördröjd behandling av lunginflammation 2022-KM001836

Ambulans tillkallades till person med huvudvärk, kräkning och svaghet. Ärendet prioriteras som ej livshotande av SOS Alarm.

I väntan på ambulans togs ärendet över av RSLC som snabbt prioriterade upp ärendet, men ärendet kvarstod som ej livshotande. En sjuksköterska ringde senare upp personen för att följa upp. Tillståndet hade inte förändrats men det framkom att hen också hade feber. Det utforskades inte vidare och prioriteringen kvarstod. Vid ambulansens ankomst hade patienten hög feber med påverkad andning och kördes akut till sjukhuset. På sjukhuset konstaterades lunginflammation och misstänkt blodförgiftning. Det finns risk att den fördröjda behandlingen har påverkat patientens tillstånd.

Fördröjd tid till vård och behandling på grund av låg prioritering. 2023-KM001005

En sjuksköterska i hemsjukvården ringer ambulansbeställningen då en person med muskelsjukdom är medtagen, andas snabbt och har låg syresättningen. Sjuksköterskan på ambulansbeställningen misstänker att syresättningen var ett felvärde, bedömer ärendet och tillkallar ambulans med prioritet ej livshotande. Då ambulans kommer är syresättningen låg, patienten andas snabbt och patienten transporteras akut till sjukhus. Patienten vårdas inläggande pga. misstänkt lunginflammation. Tid till behandling är fördröjd med risk för förlängt vårdförlopp.

#### *VO Mikrobiologi och vårdhygien*

Fördröjning av behandling med rätt antibiotika 2023-KM000102

En person vårdades för allvarlig sjukdom på sjukhus. Eftersom det fanns en misstanke om att patienten hade en infektion, satte man in antibiotika med brett spektrum i väntan på odlingssvar. När det preliminära provsvaret kom byts antibiotika. Efter ytterligare testning visade det sig att bakterien inte var känsligt mot pågående antibiotika. Det provsvaret rapporterades endast skriftligt vilket inte är enligt rutin. Det ändrade svaret uppmärksammades nästa dag av patientens läkare och behandlingen ändrades åter. Behandlingen med antibiotika blev fördröjd i ett dygn. Befintlig rutin följdes ej vilket medförde en risk för allvarlig vårdskada.

#### *VO Kliniskt immunologi och transfusion*

Fel blodpåse lämnades ut. 2023-KM000129

Blod beställdes till en patient med kända antikroppar i blodet inför en operation. Fyra påsar blod testades varav en var lämplig till patienten. En av de testade påsarna som ej bedömdes som lämplig lämnades felaktigt ut till operationsavdelningen. Morgonen efter upptäcktes det felaktiga utlämnandet och kontakt togs direkt med avdelningen. Blodet var inte använt och kunde lämnas i retur. Risk fanns för transfusionsreaktion om påsen givits till patienten.

### *VO Klinisk genetik, patologi och molekylär diagnostik*

Ändring av diagnos resulterar att en patient genomgått behandling under ett år utan indikation 2023-K000341

En patient undersöks med röntgen som visar misstänkta levermetastaser. Provs tas från förändringen och analys visar metastas av malignt melanom. Behandling startas. Vid eftergranskning ett år senare gör en ändring av tidigare diagnos och bedömningen är att förändringen är godartad. Patienten har fått information och har genomgått behandling mot en sjukdom under ett års tid som hen inte haft.

### *VO prioritering råd och stöd, 1177 per telefon*

Fördröjd diagnos av hjärninfarkt 2023-KM001117

En person ringer 1177 per telefon på grund av tal och sväljningssvårigheter samt halsont. Sjuksköterskan på 1177 tolkar symtomen som infektion, ger får egenvårdsråd och informerar om att söka om symptomen kvarstår. Personen söker dagen efter och har då hängande mungipa och nedsatt kraft i armen och benet. Undersökning visar infarkt i hjärnan. Troligen hade ytterligare frågor om neurologiska svårigheter kunnat förtydliga och minskat tiden till rätt diagnos och behandling.

### **Utredningar av allvarlig händelse inom annan förvaltning där Medicinsk service involverats**

Händelserna har utretts, utlåtande från Medicinsk service har inkluderats i anmälan enligt Lex Maria från Skånes universitetssjukhus.

Fördröjd handläggning och åtgärd 2023-ANM000252

En äldre person inkom med ambulans till akutmottagningen, med en felställd fotledsfraktur. På grund av fördröjd reponering på akutmottagningen utvecklades blåsor över området som ledde till att operation fick senareläggas avsevärt och patienten vårdades ineliggande i väntan på denna. Komplettering av anmälan har gjorts av VO ambulans på begäran av IVO.

Provsvar till blindtarmspatient kom inte fram 2023-ANM001128

Ett barn i yngre tonåren opereras akut för blindtarmsinflammation. Blindtarmen skickades enligt rutin för analys. Provsaret som skickades i pappersform från laboratoriet, nådde inte läkaren och registrerades heller inte av mottagningen. När patienten tre månader senare frågade efter resultatet visade provet att det fanns en neuroendokrin tumör. Uppföljande undersökningar har inte visat på kvarvarande tumör och patienten kommer att följas upp. Yttrande har skrivit av VO genetik, patologi och molekylär diagnostik.

Bakterier upptäcktes vid rutinkontroll 2022-ANMSUS001254, 2022-ANMSUS001112 / 2023-ANM000155

Vid rutinmässig odling konstateras två kontaminerade gastroskop. Gastroskopen togs ur bruk och smittspridning genomförs varvid man konstaterar att en patient var positiv utan kliniska symptom. Indexfallet i smittkedjan var en patient som vårdats utomlands och hade inte screenats vid inläggning. Rotorsak till händelsen bedöms vara bristande handhavande av gastroskop. Yttrande med beskrivning av utredning och smittspårning har skrivits av VO mikrobiologi och vårdhygien.

### **Klagomål och synpunkter**

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

Samtliga klagomål och synpunkter, som inkommer från patienter, närstående, andra förvaltningar inom Region Skåne, upphandlade vårdenheter, kommuner med flera registreras i AvIC.

Direkt patientkontakt förekommer inte inom alla verksamhetsområden. Inom laboratoriemedicin ingår detta endast inom mottagningsverksamhet.

Klagomål från patienter är relativt ovanligt inom laborerande verksamheter ( $\leq 5$ /år och VO)

Mest utvecklat arbete med patient och anhörigkontakt har förvaltningens prehospitala verksamheter, ambulans och 1177 per telefon.

Arbete pågår för att information och kunskap från patienter och närstående ska vara en naturlig del av arbetet in förvaltningens alla verksamheter. En relativt stor andel är klagomål på bemötande, vilket tas med stort allvar då det påverkar patientsäkerheten. Åsikter från patienter och närstående är inte så sällan synpunkter som inte tidigare är kända och därför extra viktiga och ses som en tillgång.

Representant från förvaltningens patientsäkerhetsråd ingår i regionens grupp för hantering av klagomål. Klagomålshanteringen ses som en viktig del och en viktig informationskanal för förvaltningens arbete med patientsäkerhet och kvalitet.

### **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

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



#### *Risk-och sårbarhetsanalys som underlag till kontinuitetsplanering*

Det systematiska risk-och sårbarhetsarbetet (SRSA) syftar till att tillsammans med händelseanalyser vara grunden för kontinuitetsarbetet inom Medicinsk service.



Målsättningen är att skapa robusta verksamheter som är motståndskraftiga mot störningar och har god hanterings- och återhämtningsförmåga. Medicinsk service deltar i regionens SRSA-arbete och kontinuitetsplanering.

### **Samhällsviktig verksamhet inom Medicinsk service**

Den verksamhet som bedrivs inom Medicinsk service är samhällsviktig.

Områden som särskilt samhällsviktiga i en krissituation är:

- Blodförsörjning
- Laboratorieanalyser (prioriteras beroende på typ av kris)
- Ambulans
- Region Skånes larmcentral
- Smittskydd
- Vårdhygien
- 1177

### **Beroenden**

Medicinsk service utför tjänster och ingår i en beroendekedja. Kedjan inkluderar de som är beroende av Medicinsk service och de servicefunktioner/leverantörer som Medicinsk service är beroende av:

- El
- Gas
- Förbrukningsmateriel
- Vatten (exempelvis dricksvatten, processvatten)
- IT
- Medicinteknisk utrustning
- Kommunikation (exempelvis telefoni, RAKEL)
- Ventilation
- Värme/kyla
- Personal
- Läkemedel
- Drivmedel

### **Kontinuitetsplanering**

Varje steg i beroendekedjan kräver identifiering av åtgärder/reservrutiner för bibehållen kontinuitet.

Förvaltningen har en Katastrofkommitté som ansvarar för att hålla krisplan och underordnade dokument uppdaterade. Uppdraget inkluderar också att planera, genomföra och dokumentera utbildning och övning samt analysera och rapportera efter inträffad händelse. Under året har förvaltningen utfört en genomgång av stabsarbete och genomfört en övning i stabsarbete samt kommunikation och samarbete med de laborativa verksamheterna.

Inom verksamhetsområde ambulans har flertalet mindre övningar genomförts. Ambulans har också medverkat i en stor nationell övning (den största sedan 20år tillbaka) tillsammans med Socialstyrelsen, MSB, Polismyndigheten, Försvarmakten, Röda Korset med flera.

Kontinuitetsplaner innefattar beredskap och rutiner vid störningar och avbrott för att så långt som möjligt bibehålla förmågan att upprätthålla verksamheten. Kontinuitetsplanering inom förvaltningens verksamhetsområde och enheter har under året formulerats. Planerna innefattar åtgärder och reservrutiner vid avbrott och störningar på såväl kort som långsiktiga störningar och kriser. Ett samarbetsforum leds av SBHM. Åtgärder för att säkra läkemedelsförsörjningen inom ambulans har gjorts inom alla distrikt med hjälp av statliga bidrag.

### **Avbrottstid**

För samhällsviktig verksamhet finns ingen acceptabel avbrottstid.

Inom resterande områden bör verksamheten löpa på utan avbrott men ställtiderna är mindre kritiska.

## KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet framöver, utan inbördes prioritering, fokuseras på att:

- Öka kunskap inom patientsäkerhetsområdet genom utbildning på olika nivåer.
- Stärka patientsäkerhetskulturen genom arbete för ökat insikt och förhållningssätt till risker och händelser.
- Arbeta med avvikelser med fokus på ökat lärande.
- Utöka samarbetet mellan förvaltningens verksamhetsområden.
- Arbeta proaktivt genom att analysera och medvetandegöra risker i verksamheten.
- Arbeta för att ytterligare förbättra resultat vid mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler i patientnära arbete.
- Utveckla samarbetet med IVO och Patientnämnden.
- Arbeta med fokusområden som stärker patientsäkerheten. Utifrån de specifika områden som identifierats, diskutera och följa upp i patientsäkerhetsrådet och vid patientsäkerhetsdialoger.
- Öka patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet. I ett längre perspektiv är målsättningen att involvera patienter inte enbart vid händelser utan även i utvecklingsarbetet.
- Utveckla kontinuitetsplanerna och utbilda inom krishantering och kriskommunikation.
- Arbeta med kompetensförsörjning för att säkra våra verksamheter vid olika avbrott och störningar.
- Standardisera och dokumentera procedurer/rutiner/riktlinjer enkelt och tillgängligt vilket är en grund för att identifiera avvikelser.