



2021

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

INNEHÅLL

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Verksamhetens måluppfyllelse 2021	5
Genomförda åtgärder som har påverkat patientsäkerheten	6
Egenkontroller	7
Riskhantering	9
Händelseanalys	10
Informationssäkerhet	10
Avvikelser, klagomål och synpunkter	11
Samverkan med patienter och närstående	12
Verksamhetens mål 2022	13

INTRODUKTION

SYNLAB Sveriges affärsidé är att tillhandahålla laboratoriemedicinska tjänster och diagnostik av högsta kvalitet för ett hälsosammare liv och att företaget bidrar till ökad samhällsnytta genom innovativa lösningar med kunden i fokus.

Vi eftersträvar att erbjuda helhetslösningar inom Laboratoriemedicin som ska vara innovativa, kundanpassade och av hög kvalitet. Vår verksamhet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Våra värdeord är: Respekt för individen, Kunden i fokus och Ständiga förbättringar.

På SYNLAB Sverige är patientsäkerheten en del av det dagliga kvalitetsarbetet och kvalitén är en del av patientsäkerheten. Patientsäkerhet är integrerad i samtliga våra processer.

Pandemin har fortsatt även 2021 och har präglat även vår verksamhet. SYNLAB Sverige har fortsatt ställt upp och stöttat samhället med att kontinuerligt anpassa och utöka covid-diagnostiken, flexibelt utöka och situationsanpassa covid-provtagningen och transporten av proverna i hela landet enligt samhällets behov. Samtidigt har basverksamheten och deltagandet i flera forskningsprojekt fortsatt i samma takt och med samma engagemang som tidigare. För att kunna axla detta har vi kontinuerligt utökat personalresurserna och har sett till att de nya lär sig företagets processer och rutiner på kort tid. Dessa ständiga ändringar har sammansvetsat de anställda ännu mer. Samarbetet mellan avdelningar, kunder, intressenter har varit mycket gott.

Allt detta har säkrat fortsatt hög patientsäkerhet i våra processer och hög kvalitet på våra tjänster. Återigen har vi bevisat att det ständiga arbetet med att utveckla våra tjänster, verksamhet och service inte stannar av ens under stort tryck. Detta hade inte varit möjligt utan stödet från vår ägare och medarbetarnas lojalitet, orubbliga engagemang, ansvars känsla och kompetens.

VERKSAMHET OCH INRIKTNING

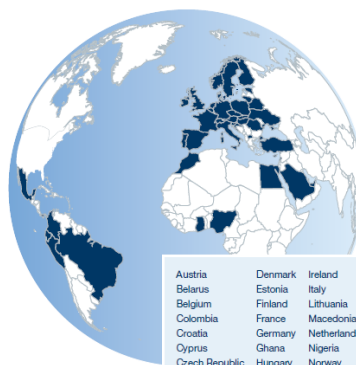
SYNLAB Sverige AB är en del av SYNLAB koncernen som är Europas största laboratoriekoncern med 30 000 anställda i 36 länder. SYNLAB finns i 4 världsdelar med över 450 laboratorier och utför årligen mer än 500 miljoner analyser till över 100 miljoner patienter. I egenskap av Europas största laboratoriemedicinkoncern har SYNLAB stora produktionsresurser och fokus på kvalitet, utveckling och medicinsk excellens.

SYNLAB Sverige är en av Sveriges leverantörer av laboratoriemedicinska tjänster inom:

- Klinisk kemi, farmakologi och immunologi
- Klinisk mikrobiologi inklusive serologi
- Klinisk patologi och cytologi

Vårt servicekoncept är format genom mer än 40 års erfarenhet av kvalificerade och krävande kunder inom hälso- och sjukvården, öppen specialistsjukvård, sjukhuskliniker och företagshälsovård.

Vi erbjuder analysrådgivning, provtagning, analys och tolkning av analysresultat, utbildning av studenter, kvalitetsstöd till vårdenheter som utför patientnära analyser, samt FoU-tjänster. Centrallaboratoriet ligger i Täby och våra 13 närlaboratorier finns i Stockholm och Uppsala. SYNLAB Sverige har ca 150 anställda och utför ca 5 miljoner analyser per år.



Austria	Denmark	Ireland	Peru	Sweden
Belarus	Estonia	Italy	Poland	Switzerland
Belgium	Finland	Lithuania	Portugal	Türkey
Colombia	France	Macedonia	Romania	Ukraine*
Croatia	Germany	Netherlands	Slovakia	United Arab Emirates
Cyprus	Ghana	Nigeria	Slovenia	United Kingdom
Czech Republic	Hungary	Norway	Spain	
Sales organisations / logistics partners		Brazil	Lebanon	Panama
		Ecuador	Mexico	Saudi Arabia
		Egypt	Morocco	

*not consolidated
Information as of December 2017

Vår styrka bygger på medarbetarnas engagemang och kompetens samt att vi kan visa kvalitet i alla led. Vi bedriver ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete i syfte att säkerställa patientsäkerheten, hålla en hög medicinsk och diagnostisk kvalitet samt ha nöjda patienter och remittenter. Vårt kvalitets- och miljöledningssystem är välutvecklat och är ackrediterat enligt ISO 15189 och miljöcertifierat enligt ISO 14001.

Hela verksamheten genomsyras av hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamheten följer gällande lagar, förordningar och relevanta standarder samt eftersträvar att uppfylla relevanta krav som ställs på verksamheten av interna och externa intressenter. Med en flexibel organisation och standardiserade processer som ständigt förbättras anpassar vi oss till marknadens behov. Vi eftersträvar att genom tydlighet i utbud, kommunikation och interna rutiner alltid göra rätt från början för att tillgodose kundernas önskemål avseende omfattning, kvalitet och leveranstid. Rätt utbildning och kompetens är basen till vår väl fungerande verksamhet och en förutsättning för god kvalitet. Genom ständiga förbättringar kan verksamheten minimera slöseri som bidrar till verksamhetens miljöavtryck. Att minska miljöavtryck genom ständiga förbättringar är en naturlig del av vår verksamhet.

ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET

Kvalitets-, miljö-, arbetsmiljö-, patientsäkerhets- och informationssäkerhetsfrågor är stående punkter på ledningsgruppsmöten och våra arbetsplatsträffar. Utvärdering av ledningssystemet inklusive patientsäkerhetsarbetet sker regelbundet i varierande forum.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet är fördelat enligt följande:

- **Verkställande direktör** – har övergripande ledningsansvar för verksamheten, ansvarar för affärsutvecklingen och har det yttersta ansvaret för det integrerade ledningssystemet för kvalitet, miljö och arbetsmiljö.
Verksamhetschefer – har det övergripande ansvaret för ansvarsområdets verksamhet dess kvalitet, miljö, arbetsmiljö, säkerhet och utveckling. Är ytterst ansvarig för hantering av avvikelser och klagomål på ansvarsområdet och att trendanalyser regelbundet genomförs på ansvarsområdet i förebyggande syfte. Varje laboratoriespecialitet har egen verksamhetschef.
- **Medicinsk direktör** – ansvarar för medicinska samarbetet inom organisationen och medicinska samarbetet inom koncernen.
- **Chefläkare** – har medicinskt ledningsansvar framförallt i medicinska fall med rättsliga konsekvenser. Bistår verksamhetens ledning med rådgivning i medicinska frågor. Är ansvarig för hantering av anmälningsärenden.
- **Medicinskt ansvariga läkare** – Har det medicinska ledningsansvaret inom sitt laboriemedicinska område. Är ansvarig för rapportering och utredning av avvikelser av medicinsk karaktär. Varje laboratoriespecialitet har egen medicinskt ansvarig läkare.
- **Sektionschefer** – ansvarar för planering, samordning, ledning samt uppföljning av dagliga driften på sektioner/närlaboratorier samt kvalitetssäkring av dagliga arbetet. Är ansvarig för utredning och åtgärd av avvikelser samt återkoppling till personal.
- **Metodansvariga** – ansvarar för att analysmetoder är dokumenterade, berörd personal har fått utbildning och har kompetens att utföra analyserna, att inköp och lagerhållning av reagens och material sker på ett effektivt sätt, informera chefer och medicinskt ansvariga om det uppstår medicinska och tekniska problem kring metoder.
- **Samtliga medarbetare** – ansvarar för att genomföra sina arbetsuppgifter enligt ledningssystemets rutiner, rapportera och medverka i utredningen av avvikelser.
- **Interna revisorer** – ansvarar för planering, genomförande och rapportering av interna revisioner samt rapportering av avvikelser noterade vid interna revisioner.

- **Ekonomichef** – analyserar information om det ekonomiska resultatet, gör prognoser och ser till att ledningen får den ekonomiska information som behövs för att driva verksamheten.
- **Säljansvarig** – är ansvarig för att på ett konsekvent sätt attrahera, utveckla och behålla lönsamma kunder. Ansvarar för att kontakta potentiella kunder, genomföra kundmöten, skriva offerter, genomföra merförsäljning till befintliga kunder och vid kundkontakter fånga upp eventuella klagomål.
- **IT-chef** – har övergripande ansvar för drift, förvaltning och support av verksamhetens laboratorieinformationssystem (LIMS) och dess stödsystem så att dessa stödjer verksamheten på bästa sätt. Är ansvarig för informationssäkerhet. Är processägare för IT-avdelningens processer.
- **Servicechef** – är ansvarig för beställning, lagerhållning och distribution av förbrukningsmaterial till centrallaboratorierna, närlaboratorier och kunder, för transport av prover, fastighetsskötsel, avfallshantering, brand- och säkerhetsfrågor.
- **Kvalitetssamordnare** – har det övergripande ansvaret för samordning och utveckling av det övergripande ledningssystemet, för framtagning av rutiner för hantering och uppföljning av avvikelser, klagomål och anmälningsärenden. Är verksamheten och ledningen behjälplig med råd, anvisningar och utbildningar i kvalitetsrelaterade frågor. Är kontaktperson gentemot SWEDAC som granskar vår verksamhet och ledningssystem regelbundet.
- **Miljösamordnare** – Miljösamordnaren har det övergripande ansvaret för samordning av miljöarbetet och ansvarar för utveckling av miljöledningens processer och strukturer för att säkra en långsiktigt hållbar miljö. Miljösamordnaren är verksamheten och ledningen behjälplig med råd, anvisningar och utbildningar i miljöfrågor. Är kontaktperson gentemot Qualify som granskar vår verksamhet och ledningssystem regelbundet.

VERKSAMHETENS MÅLUPPFYLLELSE 2021

Företagets huvudstrategi för att uppnå sina mål baseras på företagets vision och värderingar samt principerna i processtänkandet som standardiserade arbetssätt, rätt kompetens, fokus på kontinuerligt lärande och kontinuerliga förbättringar.

Långsiktiga mål 2020—2023			
Kunder	Tjänster	Medarbetare	Processer
Vi är kundernas förstahandsval inom laboratoriemedicin	Vi erbjuder attraktiva och efterfrågade tjänster av hög kvalitet	Vi ska vara en attraktiv arbetsgivare	Effektiva, miljövänliga processer

Mål 2021					
Målområde	Mål	Mått	Frekvens	Målvärde	Resultat
Kunder	Vi behåller nuvarande kunder och ökar antalet nya kunder	TAT	Kvartal	100 %	100 %
		Externa provjämförelser	År	100 %	99 %
		Kundnöjdhet- NPS	År	85 %	Ej utförd
		Patientnöjdhet NPS	År	90%	99 %
		Ökat antal kunder	År	Ja	Ja
Tjänster	Vi erbjuder attraktiva och efterfrågade tjänster av hög kvalitet	Vi skickar/tar emot prover inom SYNLAB	Kvartal	Ja	Ja
		Digitalisering av patologi och cytologi	Kvartal	Ja	Pågår
		Ökad informationssäkerhetsnivå	År	Ja	Ja
Medarbetare	Vi erbjuder bra villkor och förmåner	Personalomsättning	Månad	<12 %	12, 2 %
		Sjukfrånvaro korttids	Månad	<2 %	2,78 %
		Sjukfrånvaro långtids	Månad	<3 %	2,1 %

	Vi arbetar multidisciplinärt	Aktiviteterna genomförda	År	Ja	Ja
Kvalitet och miljö	Vi har minskat antalet preanalytiska fel	Minska antalet hemolys vid provtagning	Månad	Ja	Ja
	Vi har ökat kvalitets- och miljömedvetandet	Minskad volym av engångsartiklar	År	Ja	Pågår
		Genomförda miljöutbildningar	År	Ja	Delvis utförd

Merparten planerade aktiviteter har genomförts med gott resultat och satta mål har uppnåtts. Vi vill lyfta fram några av dessa som vi är mycket stolta över:

- resultatet av patientundersökningen 2021 där 99 % av de tillfrågade patienter har svarat att de skulle rekommendera oss till andra patienter.
- korttidssjukfrånvaron har minskat mycket jämfört med tidigare åren troligtvis beroende på att våra medarbetare har följt exemplariskt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och har man fått symptom har man stannat hemma och inte smittat sina arbetskamrater. På det viset kunde verksamheten vara igång hela tiden även om vi också har haft covid-sjuka.

Aktiviteter som vi inte har påbörjat beror på omprioriteringarna i verksamheten vi fick göra pga. ökade belastningen orsakad av ökade covid-analyser. Några exempel:

- vi har inte kunnat genomföra kundundersökningen 2021 men vi har arbetat med att ta fram en elektronisk lösning för enkäten. Undersökningen kommer att genomföras retroaktivt under våren 2022.
- Vi har tagit fram en plan om hur minskar volymen av engångsartiklar. Arbetet med detta fortsätter 2022 och vi ämnar utesluta inköp av plastengångsartiklar och dricka i plastflaskor mm.

GENOMFÖRDA ÅTGÄRDER SOM HAR PÅVERKAT PATIENTSÄKERHETEN

Flera av de förbättringarna som genomförs på företaget påverkar bl. a patientsäkerheten.

Utveckling av analysortimentet

Under 2021 har klinisk mikrobiologi följt pandemins olika faser och ständigt utökat coronadiagnostiken. Trots den stora belastning som de frekventa ändringarna har inneburit har vi lyckats hålla mycket bra svarstider generellt sätt.

Bytet av Beckmans automationsbana till Abbotts standalone instrument på klinisk kemi har resulterat i något längre svarstider dock fortfarande inom ramen av det vi har utlovat.

En gammal bäddstation har bytts ut mot en nyare, Histostar, Cellab vilket ger bättre inbäddning av prover som i sin tur skapar bättre förutsättningar för bra diagnostisering.

På laboratoriet på Sophiahemmet har vi bytt instrument från Beckmans till Abbotts Alinity. Kvaliteten på utförda analyser samt svarstider har blivit bättre eftersom de hade stora problem med tidigare instrumentet. Även personalens arbetsmiljö har förbättrats på det viset.

Uppdaterade provtagningsanvisningar - Vid ändring av våra analysmetoder har vi granskat och uppdaterat även provtagningsanvisningarna. Provtagningsanvisningar har skrivits för nytillkomna analyser och undersökningar. Uppdaterade provtagningsanvisningar är A och O för korrekt provtagning. Provtagningen i sin tur påverkar provets analys och analysresultat.

Ny rutin för bevakning av preanalytiska fel - Numera har vi ett mycket bra statistikunderlag för spårning av preanalytiska fel som tas ut direkt från instrument. Med hjälp av statistiken har vi förenklats och förbättrat

arbetet med att spåra hos vilka kunder, vilka provtagningsställen som det uppkommer preanalytiska fel. Detta ger oss möjlighet att rikta åtgärder, åtgärdsförslag till berörda remitter, provtagare.

EGENKONTROLLER

Regelbunden uppföljning av verksamhetens processer samt ledningssystemet säkerställer att de fungerar som det var tänkt. Egenkontroller är verktyg för systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten och ledningssystemet. Rutinerna för samtliga egenkontroller beskrivs i ledningssystemet. Av rutinerna framgår vad som ska göras när av vem, vilka stöddokument finns, hur egenkontrollerna ska dokumenteras, rapporteras och resultatet utvärderas.

Vi har följande struktur för egenkontroller:

Struktur	Frekvens	Redovisning
Ledningsgrupp – regelbunden uppföljning av verksamhetens processer och ledningssystemets effektivitet och leder utveckling av dessa. Följer upp dessa dels på ledningsgruppens möten, möten med olika stöd enheter (IT, ekonomi, service, kvalitet, miljö) och ledningens genomgång.	2 gånger/månad	Mötesprotokoll
Q-grupp – (Kvalitets-, miljö-, och arbetsmiljögruppen) stödjer ledningsgruppen med regelbunden uppföljning/utvärdering av ledningssystemet och föreslår/genomför utveckling av detta.	1 gång /månad/enhet	Mötesanteckningar
Skyddskommitté – Bevakning och utvärdering av skyddsrondernas resultat, hantering av avvikelser som har noterats vid skyddsronder. Här följer man upp resultatet av förbättringar, hur har det gått med förbättringsförslagen.	2 gånger/månad	Mötesanteckningar
Förbättringstavlor – varje avdelning har en egen förbättringstavla där förbättringsförslag visualiseras, diskuteras, resurssätts mm.	1 gång /månad/enhet	Mall förbättringar
APT – frågor kring verksamhetens processer, rutiner, patientsäkerhet, informationssäkerhet, ledningssystemet mm. samt resultatet av egenkontroller tas upp och diskuteras. Förbättringsförslag från personalen samlas in och hanteras enligt gällande rutiner.	1 gång /månad/enhet	Mötesanteckningar

I följande tabell redovisas vilka egenkontroller ska utföras med vilken frekvens och om dessa har utförts 2021:

Egenkontroller	Frekvens	Redovisning
Interna revisioner (kvalitet, miljö) – granskning av verksamhetens processer och rutiner och efterlevnad av dessa enligt fastlagd årsplan	Årligen	Protokoll
Interna kvalitetskontroller – daglig kontroll av instrument inför analys	Dagligen	Loggböcker
Externa provningsjämförelser – deltagande i externa provningsjämförelseprogram enligt fastlagt schema	Årligen	Protokoll
Kundenkät – årlig undersökning av kundernas synpunkter gällande vår verksamhet, våra tjänster, tillgänglighet och bemötande.	1 gång/år	Protokoll
Patientenkät – regelbunden undersökning av patienters synpunkter gällande bemötande, tillgänglighet	1 gång/år	Protokoll
Skyddsronder – årlig granskning av fysiska och psykosociala arbetsmiljön och lagefterlevnad gällande dessa	2 gång/år	Protokoll

Medarbetarenkät – årlig granskning av medarbetarnas synpunkter gällande verksamhet, ledning, miljö, arbetsmiljö osv.	1 gång/år	Protokoll
Mätning av svarstider TAT – regelbunden uppföljning av svarstider i jämförelse med det vi lovar till kunder	4 gånger/år	Protokoll
Följsamhetskontroll basala hygienrutiner och klädregler – observation om medarbetarna följer basala hygien och klädrutiner	2 gånger/år	Protokoll
Hygienronder – granskning av lagefterlevnad gällande hygien	Utförs vartannat år	Protokoll
Utvärdering av hänvisningslaboratorier, leverantörer och konsulter – kontroll av att de som utför arbetet på vårt uppdrag samt leverantörer utför sina åtaganden enligt avtal	1 gång/år	Protokoll
Avvikelse, klagomål, anmälningsärenden – uppföljning av avvikelser och identifiering av trender	1 gång/månad	Avvikelsehantering Centuri
Brandrond – kontroll av brandutrustning och utrymningsvägar	2 gånger/år	Protokoll
Ledningens genomgång – årlig uppföljning av verksamheten och ledningssystemet. Planering av åtgärder för kontinuerlig förbättring av dessa	1 gång/år	Mötesprotokoll

Interna kontroller – Samtliga aktiva analyser och undersökningsmetoder har interna kvalitetskontroller. Dessa utförs enligt beskrivningar i ledningssystemet. Avvikande resultat har följts upp enligt fastslagna rutiner och har vanligtvis endast medfört ett temporärt stopp för att analysera eller frisläppa resultat. Inga allvarliga avvikelser.

Externa provtagningsjämförelser – Externa provtagningsjämförelser har genomförts enligt plan med väldigt gott resultat. Externa provjämförelser har inte visat på några större avvikelser eller behov av förändring av berörda analysmetoder.

Mätning av svarstider – Vi håller i mycket stor utsträckning svarstiderna för akuta prover vilket är medicinskt relevant och säkrar patientsäkerheten men även kundnöjdheten. Svarstiderna för standardproven ligger överlag på en godkänd nivå.

Utvärdering av hänvisningslaboratorier – Samtliga våra hänvisningslaboratorier som vi har samarbetat med under 2021 har utvärderats. Samarbetet har fungerat väl utan klagomål på deras tjänster (analysresultat, svarstider). Samtliga hänvisningslaboratorier vi har granskat är ackrediterade.

Interna revisioner – de allra flesta planerade interna revisioner har genomförts. De som vi inte har hunnit med pga. den hårda belastningen orsakat av ökade covid-analyser kommer vi utföra 2022 och 2023. Utförda revisioner har utförts med hög kvalitet med fokus på analysarbetet utan allvarliga anmärkningar.

Skyddsronder och psykosociala undersökningar – Skyddsronder och psykosociala enkäter har genomförts på samtliga enheter. Resultatet har redovisats avdelningsvis. Inga allvarliga avvikelser. Resultatet har bekräftats av Arbetsmiljöverkets externa granskning av verksamheten.

Hygienronder – utförs vartannat år, dvs 2022.

Brandrond – Kompletta brandronder har inte utförts enligt gällande rutiner av ett missförstånd kring ansvarsfördelningen. Delar av brandronden ingår även i skyddsronden och dessa har kontrollerats utan anmärkning. Vi har även haft två externa brandkontroller utan anmärkning. Missförståndet har upptäckts och ansvarsfördelningen har korrigerats.

Kundenkät – Undersökningen har inte genomförts på grund av försenad framtagning av elektronisk kundenkät i samarbete med koncernen. Detta kommer dock att genomföras retroaktivt under våren 2022.

Patientenkät – Undersökningen har genomförts i oktober 2022 då vi har frågat 300 patienter. Mycket hög svarsfrekvens och enastående gott resultat då 99 % av de tillfrågade skulle rekommendera oss till andra patienter.

Ledningens genomgång – Har genomförts enligt plan. Ledningens bedömning är att generellt sätt håller vi mycket hög patientsäkerhet och ledningssystemet fungerar bra. Nya förbättringar har beslutats som kompletteras i verksamhetsplanen under beslutade aktiviteter.

Lagefterlevnadskontroller – Lagbevakning sker via Notisum. Samtliga lagändringar under 2021 är analyserade och utkvitterade. Inga lagändringar av årets lagändringar har påverkat vår verksamhet. Lagefterlevnadskontroller kommer att införas fr o m 2022 och delas upp på fyra olika områden: arbetsmiljö, miljö, kvalitet och brand. Dessa kontroller kommer bara att omfatta de frågor som vi inte redan följer upp genom våra egenkontroller. På det viset minimerar vi det administrativa arbetet dels genom att vi inte följer upp samma sak två gånger dels genom att lagefterlevnadskontroller via Notisum blir inte lika omfattande.

RISKHANTERING

Vårt ledningssystem omfattar rutiner för hur vi arbetar med att förebygga och hantera risker.

Riskanalyser ska göras när:

- allvarliga avvikelser blir identifierade och upprepning ska förhindras
- förändringar i verksamheten planeras att införas
- vid frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga tillbud inom en specifik arbetsprocess
- medarbetarna upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld
- ny teknik ska införas i verksamheten
- en ny analysmetod och/eller analysinstrument ska införas
- organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter
- vid övertagande av verksamhet
- tillbud eller negativa händelser som inträffat hos annan vårdgivare och som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten
- som en del i anbudsarbetet
- återkoppling från kunder

Riskanalysen omfattar följande moment:

- initiering av riskanalys
- insamling av fakta
- processbeskrivning
- identifiering av risker
- bedömning av riskens storlek
- identifiera bakomliggande orsak
- förslag på åtgärder
- metod för uppföljning
- dokumentering på för detta avsedd mall

Våra rutiner för ändringshantering fungerar bra. Riskanalyser genomförs och dokumenteras enligt gällande rutin. Exempel på riskanalyser genomförda 2021:

- Byte av instrument på immunologilaboratoriet på klinisk patologi
- Nya analysmetoder i drift på klinisk kemi och klinisk mikrobiologi
- Flytt av verksamheter i samband med ombyggnationer
- Driftsättning av nya instrument på klinisk kemi och klinisk mikrobiolog

HÄNDELSEANALYS

Händelseanalys ska göras i samband med allvarliga avvikelser i syfte att kartlägga händelseförloppet i avvikelserna. Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen har inträffat samt vilka förbättringsåtgärder kan vidtas för att hindra att liknande händelser upprepas.

Avvikelser av mer allvarlig karaktär rapporteras i avvikelshanteringssystemet Centuri. Utredningen ska alltid omfatta följande:

- Händelseanalys – vad har hänt och i vilken ordning? Samla in fakta. Beskriv händelseförloppet.
- Orsaksanalys – vad beror det på? Identifiera bakomliggande orsaker. Viktigt att hitta rotorsaken.
- Konsekvensanalys – vad har påverkats, hur och i vilken omfattning?
- Åtgärder – hur kan vi stoppa att felet fortsätter och hur kan vi förebygga att det upprepas.

Vi följer upp hantering av avvikelser och hur dessa har utretts regelbundet vid interna revisioner och vid ledningens genomgång.

INFORMATIONSSÄKERHET

SYNLAB Sverige följer SYNLAB-koncernens gemensamma policyer för informationssäkerhet så långt nationella lagar tillåter detta. Harmoniseringsarbetet kring detta har pågått under 2021. Informationssäkerhetspolicyen finns på plats. Informationssäkerhet omfattar fysisk säkerhet, organisatorisk säkerhet och logisk säkerhet.

Fysisk säkerhet handlar om att skydda informationen mot fysiska angrepp såsom stöld och manipulering samt personell säkerhet.

- Samtliga lokaler på Nytorpsvägen som disponeras av SYNLAB Sverige är skyddade mot inbrott via ett automatiskt larmsystem kopplat till larmcentral.
- För inpassering måste kort eller kort och personlig kod användas. 2022 kommer vi att avaktivera samtliga passerkort som inte är SITHS-kort. På det viset säkerställer vi att inga obehöriga kan passera våra lokaler.
- Externa besökare mottages och ledsagas av personal under iakttagande av sedvanlig patientsekretess. Externa besökare noteras i besöksbok som finns på respektive avdelning /laboratorium. 2022 kommer vi att bygga en centralt placerad reception där samtliga externa besökare kommer att passera och anmäla sig. Vi planerar även att införskaffa ett besökssystem.

Organisatorisk säkerhet handlar om hur informationen administreras samt hur produktion och vidareutveckling ska bedrivas.

- Då SYNLAB Sverige är en i sjukvården tjänsteproducerande verksamhet gäller den sekretesslagstiftning som omfattar alla som arbetar inom vårdsektorn.
- För att särskilt tydliggöra allvaret i sekretessfrågor får varje anställd genom sin namnteckning på "Sekretessförbindelse" bekräfta att han/hon är fullt införstådd med sekretessreglerna. Sekretessförbindelsen innefattar utöver vad som ingår i regler för vårdsektorn också ett sekretessåtagande avseende sådana uppgifter om företaget eller dess verksamhet, liksom uppgifter om samarbetspartners, vars utlämnande kan skada SYNLAB Sverige eller dess samarbetspartners/kunder.
- Motsvarande sekretessförbindelse upprättas även för studenter, konsulter och andra uppdragstagare.
- All personal har gått utbildning i hantering av personuppgifter och personuppgiftrelaterade incidenter

2019. Nyanställda får utbildning vid anställning. 2022 planerar vi att skapa ett utbildningsprogram med inbyggda tester i utbildningsprogrammet Tilda.

Logisk säkerhet innefattar alla åtgärder som tas till hjälp för att lösa säkerhetsproblem eller störningar i system med information.

- Åtkomsten till vårt nätverk sköts internt av vår IT-avdelning som följer upp intrångsförsök regelbundet. 2021 har vi driftsatt larmbevakning av våra vitala system, Vi har beslutat att flytta våra centrala data- och IT-utrustning till en datahall under 2022 och med detta förstärka informationssäkerheten.
- Åtkomst till våra system är behörighetsstyrda.

AVVIKELSER, KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

All personal har ett ansvar att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Ledningen har det yttersta ansvaret för att rutiner för hantering av avvikelser finns och efterlevs. Av våra rutiner framgår tydligt att den som upptäcker ett fel är skyldig att rapportera det, att laboratoriet som äger prov/tjänst äger även avvikelser kring dessa och är ansvarig för att det utreds och åtgärdas även om andra avdelningar än den egna behöver involveras. Avvikelser är verktyg i verksamhetens utveckling. Det är därför väldigt viktigt att ansvariga i olika verksamheter ser till att medarbetarna känner till och följer rutinerna och att det skapas förutsättningar för medarbetarna att kunna göra det. Rapportering och analys av avvikande händelser är viktigt för att öka säkerheten för både patienter och personal. Genom att systematiskt analysera, vidta åtgärder, följa upp vidtagna åtgärders effekt samt sprida erfarenheterna i organisationen, kan vi förhindra att liknande typ av avvikande händelser inträffar igen.

Allvarliga avvikelser

Under 2021 har vi registrerat några allvarliga avvikelser. Inga patientskador har orsakats av dessa däremot det har resulterat merarbete för verksamheten och ibland även längre svarstider. Samtliga fel har åtgärdats.

Några exempel på allvarliga avvikelser 2021:

- Den mest allvarliga avvikelserna som har drabbat hela verksamheten har varit strömavbrottet sommaren 2021 då samtliga våra servrar har gått ner okontrollerad på grund av detta och det tog ett par dagar innan de kunde startas upp igen. Verksamheten har tagit till reservrutiner under tiden men felet har orsakat mycket merarbete. Bevakning av våra servrar finns på plats och vid fel larmar systemet. Under 2022 kommer den vitala IT-utrustningen att flyttas ut till externt datacenter.
- Vi har haft flera allvarliga avvikelser i samband med uppgradering av CLIMS vårt laboratorieinformationssystem. Avvikelsena har drabbat verksamheten hårt och orsakat väldigt mycket merarbete och i vissa fall även längre svarstider. Felen är åtgärdade och samarbetsprojekt med leverantören har etablerats för att på det viset prioritera upp hanteringen av våra förbättringsförslag.
- Vi har haft flera allvarliga avvikelser i samband med byte av automationsbana till standalone instrument som t.ex. att urinprover inte kunde analyseras under 4 dagar, pga. att beställningar och svar inte kunde skickas eller beställningar med de gamla namnen inte kom in i systemen vilket har orsakat långa restlistor och fördröjda svarstider/missade svar. Avvikelsena har åtgärdats.
- Verifieringsrapport inklusive tillhörande rådata gällande nytt instrument på Sophiahemmet har kommit bort. Verifieringen har utförts och dokumenterats på nytt.
- På patologi/cytologi-avdelningen har det skett 4 interna förväxlingar vid nedläggning. Detta har dock upptäckts i processens senare steg och korrigerats innan svar har gått ut. Ingen patientskada på grund av detta.

Klagomål

Det har rapporterats ca 20 klagomål under 2021. Samtliga är åtgärdade. Exempel på klagomål:

- Patient har klagat på att det gjorde ont vid provtagning. Provet togs om, det gick bra andra gången. Patienten har inte hört av sig efter provtagningen.
- Läkare på Sophiahemmet, försäkringsmottagningen, misstänker att något är fel gällande S-Ca resultaten. Flertalet patienters S-Ca värde, 90% av alla, är förhöjda. Det har visat sig att ett lotnummer gällande Abbott Ca reagens inte har hållit rätt kvalitet. Det är reagenset som orsakat de förhöjda värdena. Abbott skickade information endast i mejl och mitt i sommarsemestrarna, vilket gjorde att vår aktion blev fördröjd. Åtgärdat.
- Kund TEAM hälso & friskvård hör av sig och efterfrågar elektroniska provsvar som de saknar. När vi kontrollerar vad som har hänt det visar sig att svaren ligger i svarsgrupper där en analys inte är färdiganalyserad, vilket innebär att de andra svaren inte skickas i väg förrän allt är klart. När man driftsatte kunden har man valt att lägga in svarshanteringen på detta sätt istället för att varje enskilt svar ska gå iväg så snart som det är klart. Åtgärdat.
- Uppsala beställt preparat på glas inför operation av en patient. Glasen kom försenade. Utredningen har visat att den som brukar skicka glaspreparat var sjuk vilket förklarar förseningen. Operationen har ställts in pga resursbrist så förseningen har inte haft konsekvens för patienten men hade kunnat göra det. Tack vare detta klagomål har patologiavdelningen ändrat sina rutiner så att detta inte ska kunna hända igen.

IVO-anmälan

Ingen IVO- anmälan har gjorts under 2021.

Ett ärende anmält 2020 har avslutats. IVO har kommit fram till att vi inte har brustit i våra rutiner.

Anmälan till patientnämnden

Ingen anmälan till patientnämnden har gjorts under 2021.

Ett ärende anmält 2020 har avslutats. Vi har valt att inte gå vidare med detta eftersom patienten inte har hört av sig.

SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE

Läkarbesök, vårdplanering och uppföljning, kontroller med mera genomförs av SYNLAB Sveriges remitterter till exempel vårdcentraler, specialistläkare. Vi har direktkontakt med patienter på våra närlaboratorier vid provtagning. Patienten har där möjlighet att framföra synpunkter direkt till personalen eller kontakta verksamhetschef via mail eller telefon.

VERKSAMHETENS MÅL FÖR 2022

Långsiktiga mål 2020—2023		
Kunder och tjänster	Medarbetare	Processer
Vi är kundernas förstahandsval inom laboratoriemedicin	Vi ska vara en attraktiv arbetsgivare	Effektiva, miljövänliga processer
Vi erbjuder attraktiva och efterfrågade tjänster av hög kvalitet		

Mål 2022			
Målområde	Mål	Mått	Målvärde
Kunder och tjänster	Växa kontinuerligt genom nya kunder och behålla befintliga kunder.	Tillväxt	5 %
	Se över kundprocessen och anpassa resurserna till den.	Kundnöjdhet NPS	>85 %
	Bli förstahandsvalet för leverantör av resultat till forskningsstudier.	Antal pågående forskningsstudier	Minst en forskningsstudie/år
	Digitalisering av patologi/cytologi	Förutsättningarna är på plats	Ja
Medarbetare	Medarbetare rekommenderar SYNLAB som arbetsgivare.	Andelen ambassadörer	>80 %
	Hållbar arbetsmiljö	Korttidsjukfrånvaro	<2 %
		Långtidssjukfrånvaro	<3 %
		Personalomsättning	<10 %
Engagemangindex		>52 %	
Processer	Öka användning av miljövänlig el	Andelen miljövänlig el	100 %
	Minska engångsartiklar	Andel inköp engångsartiklar	0 %
	Minska koldioxidutsläpp	Ton koldioxidutsläpp/bil	Minska med 50 %
	Se över och minska riskavfall	Kg riskavfall/år	Minska med 10 %
	Minska energiförbrukning	kWh/år	Minska med 3 %