



2022

**PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE
SYNLAB SVERIGE**

Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning..... | 3 |
| Verksamhet och inriktning..... | 4 |
| Ansvar för patientsäkerhetsarbetet | 5 |
| Verksamhetens måluppfyllelse 2022 | 6 |
| Genomförda åtgärder som har påverkat patientsäkerheten..... | 7 |
| Uppföljning genom egenkontroller | 8 |
| Riskhantering..... | 10 |
| Händelseanalys | 10 |
| Informationssäkerhet | 11 |
| Avvikelse, klagomål och synpunkter | 11 |
| Samverkan med patienter och närstående | 12 |
| Verksamhetens mål för 2023 | 12 |

Sammanfattning

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.

Vår verksamhet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Våra värdeord är: Respekt för individen, Kunden i fokus och Ständiga förbättringar. Vi erbjuder kundanpassade helhetslösningar av hög kvalitet inom Laboratoriemedicin. Hos oss är patientsäkerhet integrerad i samtliga av våra processer och är en naturlig del av det dagliga arbetet.

Pandemin och dess utmaningar har fortsatt en bit in i år 2022 och under januari och februari utfördes det största antalet Covid-analyser som var ca 7000 prover/dygn. Under 2022 har vi drivit flera stora kundprojekt och IT-projekt samtidigt som har genomfört ett stort ombyggnationsprojekt som har omfattat hela centrallaboratoriet. Trots dessa stora utmaningar har verksamhetsutvecklingen gjort nya framsteg och SYNLAB har genomfört sina åtagande gentemot sina kunder utan avkall på varken patientsäkerhet, informationssäkerhet, kvalitet, arbetsmiljö eller positiv miljöavtryck. Vi är övertygade om att medarbetarnas engagemang och kreativa initiativ har varit helt avgörande för att vi har lyckats så bra med detta.

SYNLAB fortsätter att erbjuda innovativa lösningar som kunder efterfrågar. Vi vidmakthåller patientsäkerheten som kännetecknar våra tjänster och processer. Vi erbjuder våra medarbetare en attraktiv, hälsosam arbetsmiljö där man kan växa och påverka sin arbetssituation.

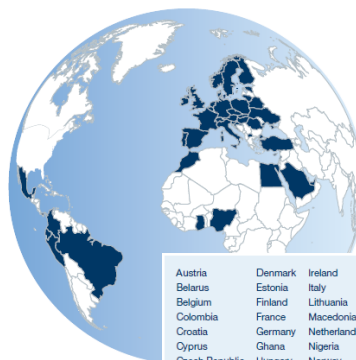
De viktigaste åtgärderna som har vidtagits för ökad patientsäkerhet under 2022 är följande:

- Analysortimentet har utökats med flertalet analyser och flera analyser har utvecklats. Dessa höjer kvalitén på våra tjänster. Nya, säkrare analysmetoder, effektivare provtagningsmaterial höjer patientsäkerheten genom leverans av säkrare underlag till diagnostisering. Analyser som utförs i egen regi istället för att skicka dessa till underleverantörer förkortar svarstiderna och minskar miljöpåverkan i och med färre transporter.
- Bibehållen god kvalitet av våra analyser genom kontinuerligt utförda interna kontroller samt deltagande i externa kontrollprogram.
- Flertalet nya eller förbättrade rutiner har effektiviserat våra processer, bidragit till bättre patientsäkerhet, miljö och arbetsmiljö.
- Höjd patientsäkerhet genom utbildning av remittenter gällande bättre val av analyser, provtagning och diagnostik.
- Kontinuerlig kompetensförsörjning dels för att säkra och öka medarbetarnas kompetens dels för att minska sårbarheten. Alltid hög kompetens säkrar kvalitén i våra processer och patientsäkerheten i dessa.
- Samtliga medarbetare har genomfört återkommande hygienutbildningar för att öka kunskap och medvetande kring hygien och på det viset undvika kontamination.

För oss på SYNLAB är det viktigt att skydda våra patienter från skador som kan uppstå vid provtagning eller vid felaktig hantering av deras prov inför och under analys. Det är viktigt att inte orsaka skador med felaktiga eller försenade analysresultat. Vi har en hög självskattad patientsäkerhetsnivå och vi genomför regelbundet remittent- och patientenkäter för att ta reda på hur de upplever kvalitén och säkerheten kring våra tjänster. Resultatet är mycket tillfredställande och ger oss ett underlag för det fortsatta arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

Verksamhet och inriktning

SYNLAB Sverige AB är en del av SYNLAB koncernen som är Europas största laboratoriekoncern med 30 000 anställda i ca 40 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.



| | | | | |
|---|---------|-------------|----------|----------------------|
| Austria | Denmark | Ireland | Peru | Sweden |
| Belarus | Estonia | Italy | Poland | Switzerland |
| Belgium | Finland | Lithuania | Portugal | Turkey |
| 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

SYNLAB Sverige AB, vidare SYNLAB i detta dokument, 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 och kvalitetsstöd till vårdenheter som utför patientnära analyser. SYNLAB Sverige har ca 140 anställda. Centrallaboratoriet ligger i Täby och våra 13 närlaboratorier finns i Stockholm, Uppsala och Göteborg.

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 ackrediterad enligt ISO 15189 och miljöcertifierad enligt ISO 14001 samt uppfyller samtliga krav i ISO 9001.

Verksamheten följer gällande lagar, förordningar och relevanta standarder samt eftersträva 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.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhet genomsyrar hela verksamheten och samtliga våra processer. Ledningen så som medarbetarna ansvarar för att efterleva ledningssystemets rutiner och rapportera och medverka i utredningen av avvikelser och klagomål.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet är fördelat enligt följande:

- **Verkställande direktör/VD** – har övergripande ledningsansvar för verksamheten, ansvarar för affärsutvecklingen och har det yttersta ansvaret för det integrerade ledningssystemet för kvalitet, miljö och arbetsmiljö och att patientsäkerhet är integrerad i detta.
- **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.
- **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. Skall vara verksamheten och ledningen behjälplig med råd, anvisningar och utbildningar i kvalitetsrelaterade frågor. Är kontaktperson gentemot SWEDAC som granskar vår verksamhet och ledningssystem regelbundet.
- **Processingenjör** – stödjer verksamheten i den ständiga uppföljningen och utvecklingen av våra analysprocesser. Är specialist på koncerngemensamma verktyget SYNLAB Transformation System (STS) som baseras på metodikerna Lean och Kaizen. Ansvarar för utbildning av medarbetarna i verktyget.
- **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 MTI-avdelningens processer.
- **Servicechef** – är ansvarig för beställning, lagerhållning och distribution av förbrukningsmaterial till centrallaboratorierna, närlaboratorier och kunder, för transport av prover, fastighetskötsel, avfallshantering, brand- och säkerhetsfrågor. Som personalansvarig på kundtjänst har det övergripande ansvaret för kundtjänstens verksamhet: hantering av inkomna prov och förberedelse av dessa inför analys samt utskick av analysvar till remitterter.
- **Medicinskt ansvariga läkare** – Har det medicinska ledningsansvaret inom sitt laboratoriemedicinska 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.

Verksamhetens måluppfyllelse 2022

Verksamhetsidé, vision och värderingar utgör ett viktigt ramverk för vår verksamhet. Vi har förtydligat ramverket med engagerande mål med en kortare och längre tidshorisont.

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

| Målområde | Mål 2022 | Mått | Målvärde | Resultat |
|--------------------|--|--|----------------|---|
| KUNDER | Se över kundprocessen och anpassa resurserna till den. | Patientnöjdhet | >85 % | 95% |
| TJÄNSTER | Sälja in/erbjuda medicinska konferenser och utbildning inom samtliga områden | Antalet medicinska utbildningar | >20 | 34 |
| MEDARBETARE | Vi ska vara en attraktiv arbetsgivare | Ambassadörer = Medarbetare rekommenderar SYNLAB som arbetsgivare. | >80 % | 74% |
| | | Personalomsättning | <10% | 12% |
| | Hållbar arbetsmiljö | Korttidsjukfrånvaro | <2 % | 2,90% |
| | | Långtidsjukfrånvaro | <3 % | 3% |
| PROCESSER | Öka andelen elektroniska beställningar | Andelen elektroniska beställningar istället för papers beställningar | minska med 50% | Ökning av e-svar under året har genomförts. |

Totala sjukfrånvaron på företaget har minskat även om vi inte riktigt har nått målet och personalomsättningen har förbättrats väldigt mycket jämfört med året innan.

Vi har fått lysande resultat på patientenkäten.

Vi har genomfört utbildningar om allmänmedicin på primärvård. Ordnat konferenser om allmänmedicin och till kemister. Har hållit kurser på högskoleutbildningar på KS läkarprogrammet och BMA- programmet. Hållit flertalet utbildningar om kvalitet hos våra PNA-laboratorier.

Genomförda åtgärder som har påverkat patientsäkerheten

Allt vi gör genomsyras av patientsäkerhet. För oss är det viktigt att skydda våra patienter från att skadas när vi tar prover på dem, eller på grund av felaktigt hanterat prov och försent analysresultat.

Nya och förbättrade analysmetoder

Samtliga laboratorier har arbetat systematiskt och strukturerat med att förbättrat sin instrumentpark/analyser/diagnoser. Verifieringar har genomförts enligt gällande rutin. Ändringarna har anmälts till Swedac. Nya utrustningar har tagits i drift vilket har effektiviserat analysprocesser, ökat patientsäkerheten, förbättrat arbetsmiljön och/eller minskat laboratoriets miljöavtryck.

Provtagningsanvisningar

Tydlig och väsentlig information i provtagningsanvisningen är grunden för korrekt provtagning som i sin tur påverkar provets analysresultat och i förlängning patientsäkerheten.

Vid drift av nya eller förbättrade analysmetoder uppdaterar vi alltid provtagningsanvisningarna. Vi planerar att se över om det är befogat att uppdatera samtliga provtagningsanvisningar med en högre frekvens.

Preanalytiska fel

Jämfört med antalet analyser vi hanterar under ett år har vi väldigt få preanalytiska fel. Merparten av dessa uppkommer hos beställaren. Vi lägger mycket vikt på att rapportera preanalytiska fel och åtgärda dessa snabbast möjligt tillsammans med kunden. Olika fel vid provtagning/preanalytisk provhantering som till exempel för lite prov, fel provtagningsmaterial, ej centrifugerat rör, mm kan resultera i att prover inte kan analyseras och patienten blir utan analysresultat. I bästa fall kan provet tas om.

Vi följer regelbundet vilka preanalytiska fel som uppkommer hos oss eller kunder, analyser dessa för att sedan ta fram relevanta åtgärder som stöd till kunder eller våra medarbetare. Vi har hållit flertalet utbildningar hos kunder om val av analyser, provtagning och preanalytisk hantering av prover.

Kompetensförsörjning

På samtliga avdelningar har det tagits fram en utbildningsplan och deltagandet på de planerade utbildningarna har varit högt. Utbildningarna har skett både digitalt och fysiskt. Utvärderingen har visat att genomförda utbildningar har fått förväntad effekt.

| Antal utbildningstillfällen | Antal utbildningstimmar | Antal interna utbildningar | Antal Externa utbildningar |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 442 | 1098 | 264 | 78 |

All personal har genomfört våra hygienutbildningar. Med återkommande hygienutbildningar säkrar vi kunskap och medvetande kring hygien och på det viset kan vi undvika kontamination. Hygienronden har visat ett markant förbättrat resultat inte minst beroende på nya möjligheter med de ombyggda lokalerna.

Uppföljning genom egenkontroller

För att kunna följa upp verksamheten med ständiga förbättringar som mål tillämpar vi egenkontroll. Egenkontroller är verktyg för systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten och ledningssystemet. Det innebär en kontinuerlig process med systematisk planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten. Vi jämför nuvarande resultat med tidigare resultat, men vi även jämför kvalitén på våra analyser med kvalitén på andra medicinska laboratorier. Vi identifierar områden som vi kan förbättra för att sedan förändra verksamheten till det bättre.

Vi har följande struktur för egenkontroller:

| Struktur | Frekvens | Redovisning |
|---|---|---|
| Ledningsgrupp Uppföljning av allvarliga avvikelser och klagomål Uppföljning av kvalitetsfrågor eskalerade till ledningen Uppföljning av verksamhetsplan Uppföljning av förbättringsförslag eskalerade till ledningen | 2 gånger/månad | Mötesprotokoll |
| Ledningsgrupp Ledningens genomgång | 1 gång/år | Mötesprotokoll |
| Q-grupp (Kvalitets-, - miljö-, och arbetsmiljögruppen) Regelbunden uppföljning och förbättring av ledningssystemets rutiner. Eskalerar allvarliga avvikelser, klagomål till ledningsgruppen | 1 gång /månad/enhet | Mötesanteckningar |
| Systemförvaltningsgruppen Säkrar IT-plattformen och IT-samt informationssäkerheten i våra processer Deltar i verifiering av analysprocesser vid nya/ändrade instrument och analysmetoder Uppföljning av problem kring laboratorieinformationssystemet CLIMS, IT-plattformen mm Tar emot förbättringsförslag från verksamheten gällande CLIMS | 1 gång /månad/enhet | Mötesanteckningar |
| Läkargruppen Säkrar medicinska frågor i våra analysprocesser Erbjuder utbildning till remittenter gällande val av analys, tolkning av analysvar | Vid behov | Inga anteckningar |
| Förbättringsmöten – varje avdelning har en egen förbättringstavla där förbättringsförslag visualiseras, diskuteras, resurssätts mm. Varje arbetsplats - 15-20 min möten dagligen för identifiering av problem/förbättringsområden på arbetsplatser Varje arbetsplats - 15-20 min möten varje vecka där eskalering till chef är möjligt vid behov av stöd. Ledningen- 30 min möte varje månad där eskalering av stora/resurskrävande förbättringsförslag. Beslut tas gällande genomförandet och uppdrag initieras kring förbättringen. | Varje dag Varje vecka Varje månad | STS-mallar Eskaleringsmallar Projektlista |
| 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 2022:

| Egenkontroller | Frekvens | Redovisning | Resultat |
|---|---------------------|----------------------------|---|
| Interna revisioner (kvalitet, miljö) – granskning av verksamhetens processer och rutiner och efterlevnad av dessa enligt fastlagt årsplan | Årligen | Protokoll | Samtliga planerade interna revisioner genomförda. Inga allvarliga avvikelser. |
| Interna kvalitetskontroller – daglig kontroll av instrument inför analys | Dagligen | Loggböcker | Genomförs dagligen. Vid avvikelser åtgärder vidtas innan instrumenten tas i bruk. |
| Externa provningsjämförelser – deltagande i externa provningsjämförelseprogram enligt fastlagt schema | Årligen | Protokoll | Genomförda enligt plan. Några avvikelser beroende på försenad eller ej levererad kontrollanalys från Equalis. Åtgärder vidtagna. |
| Kundenkät – årlig undersökning av kundernas synpunkter gällande vår verksamhet, våra tjänster, tillgänglighet och bemötande. | 2 gång/år | Hemsidan | Genomförd med mycket gott resultat. Fr o m 1/1 2023 genomförs 2 ggr/år |
| Patientenkät – regelbunden undersökning av patienters synpunkter gällande bemötande, tillgänglighet | 1 gång/år | Hemsidan | Genomförd med mycket gott resultat. |
| Skyddsronder – årlig granskning av fysiska och psykosociala arbetsmiljön och lagefterlevnad gällande dessa | 2 gång/år | Protokoll | Genomförd med varierande resultat beroende på ombyggnationer. Riskanalys för varje stillasittande arbetsplats kommer att genomföras. |
| Medarbetarenkät – årlig granskning av medarbetarnas synpunkter gällande verksamhet, ledning, miljö, arbetsmiljö osv. | 1 gång/år | Protokoll | Genomförd med gott resultat. Uppföljning av planerade förbättringar ska göras varje termin |
| Mätning av svarstider TAT – regelbunden uppföljning av svarstider i jämförelse med det vi lovar till kunder | 4 gånger/år | Protokoll | Vi håller våra svarstider i väldigt stor utsträckning. Avvikelser utreds och förebyggande åtgärder vidtas. |
| Följsamhetskontroll basala hygienrutiner och klädregler – observation om medarbetarna följer basala hygien och klädrutiner | Dagligen | Protokoll | God efterföljsamhet. Avvikelser tas upp på dagliga möten. Vid upprepning avvikelser rapporteras. |
| Hygienronder – granskning av lagefterlevnad gällande hygien | Utförs vartannat år | Protokoll | Genomförd med gott resultat. Tydliga förbättringar efter ombyggnationen. Några åtgärder kvar att vidta under 2023. |
| 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 | Väldigt gott samarbete med samtliga våra hänvisningslaboratorier. |
| Avvikelser, klagomål, anmälningsärenden – uppföljning av avvikelser och identifiering av trender | 1 gång/månad | Avvikelsehantering Centuri | Hanteras dagligen, följs upp varje månad. |
| Brandrond – kontroll av brandutrustning och utrymningsvägar | 2 gånger/år | Protokoll | Genomförd med gott resultat. APP för brandronder införskaffad. |
| Lagefterlevnadskontroller – kontroll av att vi efterlever lagar och förordningar relevanta för verksamheten | 4 gånger/år | Protokoll | Genomförd på fyra områden kvalitet, arbetsmiljö, miljö och brand. Gott resultat. Förbättringsområden identifierade och aktiviteter planerade. |
| Ledningens genomgång – årlig uppföljning av verksamheten och ledningssystemet. Planering av åtgärder för kontinuerlig förbättring av dessa. | 1 gång/år | Mötesprotokoll | Genomförd. Ledningssystemet uppfyller sin funktion. Förbättringsområden identifierade och plan för genomföranden framtagen. |

Riskhantering

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

Riskanalyser görs till exempel när:

- Ändringar ska genomföras:
 - ny teknik ska införas i verksamheten,
 - ny analysmetod och/eller analysinstrument ska införas,
 - befintliga analysmetoder ska förändras,
 - organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter,
 - övertagande/överlämnande av verksamhet,
 - övriga ändringar.
- Allvarliga avvikelser blir identifierade och upprepning ska förhindras.
- Medarbetarna upplever att ett arbetsmoment eller en viss situation är riskfylld.
- Tillbud eller negativa händelser som inträffat hos annan vårdgivare och som även skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten.

Vi följer upp regelbundet med interna revisioner huruvida riskanalyser utförs i verksamheten och att dessa är adekvata. Riskanalyser följs upp efter viss tid och uppdateras vartefter planerade förebyggande åtgärder har vidtagits. I kundrelaterade processer gör vi riskanalyser tillsammans med kunden. Under året har vi noterat två avvikelser då projekt har saknat riskanalys. Vi fortsätter arbetet med att utbilda i varför och hur riskanalyser ska göras.

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.

I våra formulär för rapportering av avvikelser är dessa inbyggda. Handläggare av avvikelser ska alltid kontrollera att analyserna är utförda och är adekvata innan dessa skickas för godkännande. Godkännande chef kontrollerar i sin tur dessa och vid avvikelser godkänner inte avvikelserna utan skickar tillbaka för komplettering av utredningar. Utan en adekvat händelse- orsak- och konsekvensanalys är omöjlig att vidta adekvata åtgärder, dvs åtgärder som verkligen stoppa upprepning av felet. Vi följer upp hantering av avvikelser och hur dessa har utretts regelbundet vid interna revisioner, på Q-möten, i ledningsgruppen vid eskalering och vid ledningens genomgång.

Informationssäkerhet

SYNLAB Sverige följer SYNLAB-koncernens gemensamma policyer för informationssäkerhet så långt nationella lagar tillåter detta. Informationssäkerhetspolicyen finns på plats. En del utbildningar är framtagna. Arbete med kompletterande utbildningar fortsätter.

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.

Externa besökare mottages och ledsagas av personal under iakttagande av sedvanlig patientsekretess. I samband med ombyggnationerna 2022 har vi byggt en central placerad reception där samtliga externa besökare kommer att passera och anmäla sig.

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.

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

Avvikelser, klagomål och synpunkter

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. 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 är förankrad i verksamheten. 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.

Allvarliga avvikelser

Under 2022 har vi registrerat några allvarliga avvikelser. Inga patientskador har orsakats av dessa däremot har det resulterat i merarbete för verksamheten och ibland även längre svarstider. Samtliga fel har åtgärdats. Ett exempel på allvarliga avvikelser 2022:

- En större avvikelse berodde på ett elavbrott i Näsbypark där laboratoriet är beläget. Att det blev en större avvikelse berodde på att uppstart av servrar tog några timmar. Dessa servrar är nu flyttade till en driftsäker miljö i en ny serverhall.

Klagomål

Klagomål kommer oftast till verksamhetschefer, kundstaben och kundtjänsten. Dessa har hanterats enligt gällande rutiner och åtgärdats snarast möjligt. Berörda kunder har fått återkoppling. Det har rapporterats få klagomål under 2022. Inga av dessa har orsakat eller hade kunnat orsaka patientskada. Samtliga är utredda och åtgärdade. Några exempel på klagomål vi har fått under 2022:

- Kund klagar på att vi har olika benämning för våra analyser på vår prislista, underleverantörens, Labportalens, remiss och svar samt vår faktura från CLIMS. Kunden har fått återkoppling om att vi kommer att arbeta med detta framåt men vi har inte haft möjlighet att prioritera "likriktningen". De hoppas på ändring och är förövrigt nöjda med oss.

- Patient blev inte provtagen på vår närlaboratorium. Patienten har fått remiss från en vårdcentral tillhörande regionen. Vi har inte avtal med regionen längre, de nyttjar ett annat laboratoriums tjänster och vi får inte ta deras prover.
- Vid uppstart av ny kund har vi fått klagomål på att de saknade analysvar vid upprepade tillfällen. Felen berodde oftast på för lite provmängd, omärkta prov, felaktig förpackning av prov mm. Men det har uppkommit fel även i våra processer. Vi har skapat en ny och tydlig rutin för att säkra preanalytiska processen och förmedlat denna rutin till både kund och våra medarbetare. Åtgärden har löst kända problem.

IVO-anmälan och anmälan till Patientnämnden

Inga IVO eller PaN anmälan har registrerats under 2022.

Anmälan till IMY

Vi har haft en personuppgiftsincident som vi har anmält till IMY. Ärendet är avslutat, myndigheten har bedömt att vidtagna åtgärder har varit tillräckliga.

Samverkan med patienter och närstående

Läkarbesök, vårdplanering och uppföljning, kontroller med mera genomförs av SYNLAB Sveriges remitterter till exempel vårdcentraler och 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 2023

Verksamhetsidé, vision och värderingar utgör ett viktigt ramverk för vår verksamhet.

Nedan presenterar vi målen satta för att öka patientsäkerheten.

| Mål 2023 | Mått | Målvärde |
|---|-------------------|-----------------|
| Kundfokus/ Laboratoriemedicinsk kvalitet Vi skapar kundfokus genom att sätta patient och remittent i centrum. Vi optimerar laboratoriemedicinskt kvalitet genom flexibla och hållbara lösningar. | Svarsfrekvens | >50% |
| | Patientnöjdhet | >95 % |
| | Preanalytiska fel | Minska med 50 % |
| Kommunikation/ Engagemang Vår kommunikation präglas av transparens, delaktighet och samhörighet som leder till engagemang. Alla våra kanaler och ytor ska signalera professionalism. | Engagemangindex | >55 % |