

Patientsäkerhetsberättelse 2019



Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Inledning

Under 2019 har båda behandlingsrummen i Skandionkliniken har varit i klinisk drift med jämn fördelning (50% av patienterna i vardera rummet).

Under året har sammanlagt 268 patienter påbörjat sin strålbehandling på Skandionkliniken. 53 (20%) av dem var under 18 år.

Målet för Skandionkliniken patientsäkerhetsarbete är att eliminera riskerna för att en patient eller närstående erhåller någon skada i samband med behandlingen vid Skandionkliniken eller vistelsen på kliniken.

Exempel på risker för vårdskador i vår verksamhet är i första hand relaterat till den behandling med joniserande strålning som är vårt primära uppdrag och som regleras av Strålsäkerhetsmyndigheten.

Andra typer av vårdskadeområden är fall, nutrition, bemötande, information och informationsöverföring.

Kliniken hade under året sju fast anställda och fyra visstidsanställda sjukhusfysiker, tre läkare, 21 onkologisjuksköterskor samt tre undersköterskor. Utöver den fasta personalen har sjukhusfysiker och onkologer med anställning på landets universitetssjukhus tjänstgjort på Skandionkliniken till en grad motsvarande en läkare och två sjukhusfysiker på heltid.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Beskriv kortfattat HUR det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

- Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet vid Skandionkliniken är delat, då chefsfysikern ansvarar tillsammans med den läkare som innehar uppdraget som radiologisk ledningsfunktion (RALF) för strålskydd och därmed relaterade risker, medan verksamhetschefen är ansvarig för övriga risker inom övriga vårdskadeområden
- Den medicinskt ledningsansvarige (för närvarande verksamhetschefen) är ansvarig för att patienten informeras när en vårdskada inträffat
- Mottagningens läkare, sjuksköterskor och övrig medicinsk personal har ansvar att ta emot synpunkter eller klagomål
- Med undantag av strålskyddsrelaterade händelser är verksamhetschefen ytterst ansvarig för att synpunkter och klagomål hanteras och att verksamhet och arbetssätt utvecklas risken för undvikbara vårdskador elimineras.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

- 2019 genomfördes på uppdrag av Strålsäkerhetsmyndigheten en förnyad riskanalys av verksamheten (den förra genomfördes inför start av kliniken)
- Arbete har startat för att hantera de risker som upptäckts
- Tyngdpunkten för kvalitetssäkringsarbetet ligger på patientspecifika kvalitetskontroller. För varje behandlingsfält görs kontrollerande mätningar där dosfördelningar och dosnivåer analyseras i detalj före behandlingsstart.
- Dagliga kontroller av den tekniska utrustningen genomförs i båda behandlingsrummen
- Förnyad riskanalys av vårdprocessen.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

En ny strålsäkerhetsorganisation har införts i enlighet med nya föreskrifter från SSM som kom 2018. Strålsäkerhetskommittén med representanter från samarbetsklinikerna har sammanträtt en gång under perioden.

Flera av ledamöterna i strålsäkerhetskommittén ingår också i andra konstellationer som möts i det nationella samarbetet, exempelvis den avstämning med alla sjukhusfysiker som görs flera gånger per termin då även avvikelser rapporteras och diskuteras.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Det fortlöpande arbetet med att identifiera risker som kan medföra brister i verksamheten och äventyra patientsäkerheten bedrivs på flera sätt.

- En tvärfunktionell arbetsgrupp går igenom verksamheten regelbundet
- Veckomöten med ansvariga för service och handhavande av protonanläggningen
- Återrapportering av hur rapporterade avvikelser hanterats

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Negativa händelser med allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada utreds med händelseanalys enligt Socialstyrelsens mall. Tidigare tog vi hjälp från Akademiska sjukhuset men intern kompetens för att genomföra händelseanalyser har utvecklats och fortsätter utvecklas. 2019 genomfördes två händelseanalyser enligt denna mall.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Den genomlysning av IT-miljön vid Skandionkliniken som genomförts har inkluderat bedömning av informationssäkerheten och en riskanalys.

Identifierade behov av att förbättra informationssäkerheten har inkluderats i den handlingsplan för utveckling av IT-organisationen som ska starta.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Skandionkliniken är en nationell anläggning som erbjuder protonbehandling till alla som bedöms ha nytta av behandlingen. Patienterna kommer från någon av landets sju universitetskliniker, vilket innebär att det fordras väl utprovade processer för samverkan kring patienternas remittering och information.

I strålsäkerhetskommittén ingår även representanter från samarbetsklinikerna och möten där dedicerades till information och utredning av de tillbud som rapporterades till SSM.

Samverkan med universitetsklinikerna sker inom den modell för rotationspersonal som är en del av Skandionklinikens organisation och arbetssätt.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Skandionkliniken använder ett datorbaserat system för rapportering av avvikelser och risker. All personal får utbildning i hur detta system används.

Varje rapport hanteras av en grupp med kvalitetsansvarig sjuksköterska, kvalitetsansvarig sjukhusfysiker, radiologiskt ledningsansvarig läkare (RALF), vårdenhetschef, chefsfysiker och verksamhetschef.

Varje rapport utreds av en ansvarig person. Ambitionen är att avvikelserna ska ha utretts inom tre månader.

Under 2019 har 43 avvikelser rapporterats i det interna systemet för avvikelshantering. Två avvikelser rapporterades vidare till SSM. En av dem handlade om en patient som har behandlats i setup-läge (den position som patienten läggs i på behandlingsbordet innan förflyttning till planerad position). En händelseanalys genomfördes som visade att skillnaden mellan tänkt och levererad dos var liten och inte lett till några kliniska

konsekvenser. Den identifierade också en sekvens av individuella moment i arbetsflödet som ledde till att patienten flyttades till setup läge och att användaren godkände ett varningsmeddelande som systemet skickade. Analysen visade att godkännandet kan bero på att personalen är vana med icke-relevanta varningsmeddelanden (se nedan).

Den andra avvikelserna handlade om en felbehandling av ett thoraxfält för en kraniospinalpatient. Händelseanalysen visade att det är svårt att identifiera en enkel orsak till händelsen. Rekonstruktionen visade ett möjligt scenario som inkluderar ett moment när operatören ”missat” skillnaderna i Z-koordinat och gjort override på varningsmeddelanden. Ett bidragande faktor har varit det höga antalet varningsmeddelanden som behandlingspersonalen även normalt får av systemen under setup och behandling, där det inte finns en tydlig markering av meddelandenas dignitet (se även föregående stycke). Exempelvis skulle allvarliga meddelande kräva en signatur av användaren. En lösning av detta utreds för närvarande av IBA.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras i ovan nämnda gruppering och återrapporteras till medarbetarna vid veckovis klinikmöten och i den strålsäkerhetskommitté som etablerats i enlighet med nya föreskrifter som trädde i kraft 2018.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Klinikledningen har haft enstaka möten med patientföreträdare

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Dosimetri

Samtliga sjukhusfysiker och onkologisjuksköterskor är utrustade med persondosimeter som registrerar doser från fotoner och neutroner. Under perioden har ingen anmärkning om dosimetrarna avläsning noterats. Detta motsvarar personalens indelning i kategori B.

Ytterligare fyra dosimetrar har varit placerade på strategiska platser på kliniken. Inte heller från dessa har någon dos över dosimetrarnas detektionsgräns noterats.

Patientenkät

Skandionkliniken arbetar kontinuerligt med patientenkäter, vars resultat används i utvecklingen av patientsäkerhet.