

U-CARE Vård

Patientsäkerhetsberättelse för 2015

Innehållsförteckning

| | |
|---|---|
| Rutiner och organisation för patientsäkerhetsarbete..... | 3 |
| Organisation och ansvar..... | 3 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador..... | 3 |
| Samverkan med patienter och närstående..... | 3 |
| Vårdavvikelser samt klagomål och synpunkter..... | 4 |
| Rutiner för avvikelserapportering..... | 4 |
| Rutiner för händelseanalys..... | 4 |
| Mottagande av klagomål eller synpunkter..... | 4 |
| Sammanställning och analys..... | 4 |
| Patientsäkerhetsarbetet 2015..... | 4 |
| Mål och uppnådda resultat för patientsäkerhetsarbetet 2015..... | 5 |
| Egenkontroll under 2015..... | 6 |
| Vårdavvikelser 2015..... | 6 |
| Klagomål och synpunkter 2015..... | 7 |
| Åtgärder 2015..... | 7 |
| Sammanställning och analys 2015..... | 7 |
| Mål för patientsäkerhetsarbetet 2015..... | 8 |

Dokumentation av patientsäkerhetsarbetet i verksamheten U-CARE Vård (nedan även kallad "verksamheten"), inom vårdgivaren Uppsala universitet.

Rutiner och organisation för patientsäkerhetsarbete

Organisation och ansvar

U-CARE Vård erbjuder vård till vissa grupper av personer som ingår i U-CAREs forskningsstudier. Det betyder att det inte går att söka vård inom U-CARE Vård, om man inte tillhör dessa grupper. All behandling som ges inom U-CAREs forskningsprojekt är kostnadsfri.

Vårdgivaren Uppsala universitet är ansvarig för patientsäkerheten inom U-CARE Vård.

Verksamhetschefen (VC), som ytterst ansvarig för verksamheten, ansvarar för att generellt strukturera och tillse patientsäkerhetsarbetet. VC svarar vidare för att vårdavvikelser, synpunkter och klagomål hanteras så att kunskapen kan vägleda till förändring av våra arbetssätt för att förebygga vårdskador och öka patientsäkerheten.

Forskningskoordinator och den ansvarige för U-CARE-portalen (Portalen) bistår verksamhetschefen i det övergripande patientsäkerhetsarbetet.

Inom U-CARE Vård finns under 2015 fyra vårdenhetsansvariga (VEA) vilka bistår VC i säkerhetsrelaterade frågor i den dagliga verksamheten, såsom att tillse att vårdpersonal har rätt kompetens, har rätt behörighet i it-system och journalskåp, samt är informerad om verksamhetens säkerhets- och kvalitetspolicy.

Samtliga medarbetare har ansvar att till VC rapportera vårdavvikelser man uppmärksammat, samt förmedla mottagna synpunkter eller klagomål som är relaterade till vårdkvalitet/-säkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Vårdpersonalen uppmanas att vara uppmärksamma på sjukdomstillstånd eller skador som inte kan behandlas i den aktuella behandlingen som ges inom U-CARE Vård. När ett sådant sjukdomstillstånd eller skada uppmärksammas hänvisas patienten till den instans som är lämplig, till exempel husläkare/vårdcentral, ungdomsmottagning eller psykiatri.

Samverkan med patienter och närstående

Under 2015 har diskussionen fortsatt angående hur patienter och närstående skulle kunna involveras i patientsäkerhetsarbetet. För närvarande finns kanaler för att fånga upp patienters/närståendes synpunkter och klagomål via U-CAREs kontaktperson på hemsidan, Portalens användarsupport samt patienters möjlighet att när som helst digitalt kommunicera med behandlare och studieansvariga. Dock har ännu inga patienter eller närstående involverats direkt i patientsäkerhetsarbetet då det inte har varit självklart hur vi kan använda oss av dem på ett meningsfullt sätt samt att de aktuella patienterna är med i studier och det är mindre lämpligt att de behandlas olika inom en studie, vilket skulle vara fallet om vissa är med i patientsäkerhetsarbetet. Möjligen kan representanter från patientgruppen, snarast än aktuella patienter, involveras. Under kommande år ska formerna samverkan utredas innan rekrytering av representanter för patienter och närstående påbörjas.

Vårdavvikelser samt klagomål och synpunkter

Rutiner för avvikelserapportering

Vårdpersonalen rapporterar risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada via en blankett "avvikelserapport", som finns tillgänglig för all personal via u-care.uu.se.

Vårdenhetsansvariga påminner och uppmuntrar vårdpersonal inom den aktuella vårdenheten att göra en avvikelserapportering vid risker och händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rutiner för händelseanalys

Händelseanalysen vid en avvikelse påbörjas snarast och är klar senast två månader efter en händelse, enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Under verksamhetens uppstart 2013 beslutades att VC själv ansvarar för genomförande av händelseanalysen, för att fortsätta utveckla rutiner och verksamhet. I dessa fall granskar minst två andra personer (företrädesvis vårdenhetsansvariga) analysen för korrekthet och objektivitet. Vid slutet av 2014 förändrades rutinerna så att ett händelseanalysteam sätts samman av VC ad hoc, med en sammansättning anpassad till den aktuella händelsen. Under 2015 förändrades rutinerna ytterligare så att små avvikelser kan analyseras av VC eller en annan person, och större avvikelser analyseras som tidigare av minst två personer.

Mottagande av klagomål eller synpunkter

Klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, personal, andra medborgare, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer kan tas emot via Portalens användarsupport, via U-CAREs kontaktpersoner med kontaktuppgifter angivna på u-care.uu.se (U-CARE programkoordinator och programsamordnare, samt U-CARE Vård verksamhetschef m.fl.), via kontaktperson i respektive studie (företrädesvis ansvarig forskare), samt av andra medarbetare i U-CARE. Den som tagit emot synpunkter eller klagomål som är relaterade till vårdkvalitet/-säkerhet förmedlar dessa till verksamhetschefen. Under kommande år (2016) kommer vi att se över möjligheterna att underlätta ytterligare för patienter/anhöriga att framföra klagomål eller synpunkter.

Sammanställning och analys

En övergripande sammanställning av 2015 års avvikelserapporter, klagomål och synpunkter gjordes av verksamhetschefen. Då verksamheten ännu är begränsad och endast ett fåtal avvikelserapporter och inga klagomål/synpunkter inkommit under 2015 bedömdes en årssammanställning vara tillräcklig.

Patientsäkerhetsarbetet 2015

Under 2015 har verksamheten mött ca 50 patienter, fördelat på fem olika vårdenheter: webbaserade behandlingar för vuxna med cancer (8 st), personer som haft hjärtinfarkt (24 st), föräldrar till barn med cancer (2st), och, samt face-to-face-behandling unga vuxna som haft cancer i barndomen (ca 10 st). Huvuddelen av patienterna har som synes varit knutna till enheter med webbaserade behandlingar.

Patientsäkerhetsarbetet under 2015 har inneburit att fortsätta etablera och vidareutveckla styrdokument, rutinerna och policyerna, så att vårdpersonalen är medvetna om dessa, har lätt att hitta dem, samt följer dem.

Vidare har patientsäkerhetsarbetet haft ett antal mål, vilka redovisas nedan.

Mål och uppnådda resultat för patientsäkerhetsarbetet 2015

| Mål | Åtgärd/ måluppfyllelse | Kommentar |
|---|--|--|
| a) Utöka antalet vårdenhetsansvariga så att varje vårdenhet har en VEA som arbetar nära denna verksamhet, samt specificera deras uppgifter i relation till patientsäkerhet i ett dokument. | Ja, helt. Nu finns fyra VEA. Deras uppgifter finns dokumenterade i dokumentet "U-CARE Vård Kvalitet och säkerhet" som finns tillgängligt på medarbetarportalen. | |
| b) Planera och genomföra minst två aktiviteter för att involvera vårdpersonalen i att identifiera potentiella patientsäkerhetsrisker och möjligheter att utveckla vårdkvalitén | Ja, tre möten har genomförts. | Målet överförs även till 2016. |
| c) Planera och genomföra aktiviteter för att uppmärksamma all U-CARE-personal (inte bara vårdpersonal) på inre och yttre sekretess. | Ja. Diskussion vid VEA-möten. Information vid två arbetsplatsträffar, för övrig personal. | Kvalitetssäkring av detta läggs till målen för 2016. |
| d) Involvera minst en patient och/eller närstående i patientsäkerhetsarbetet. Planera och beskriva vilka uppgifter denna person/ dessa personer ska ha. | Nej. Planering påbörjad men inte avslutad. | Det har visat sig att en ordentlig utredning om detta krävs innan man drar igång rekrytering av patienter och anhöriga. Arbetet med detta har inte prioriteras i år då det varit skifte i vem som varit VC så utredning samt implementering flyttas till målen för 2016. |
| e) Kvalitetssäkra att potentiella risker orsakade av att forskningsaktiviteternas och vårdens mål inte är förenliga uppmärksammas, genom att sådana risker regelbundet (minst 2 ggr per termin) analyseras i diskussion mellan VC och representant/-er för forskningsaktiviteterna. | Ja. Detta har systematiserats genom att det som planerats getts utrymme vid ledningsgruppsmöten och Samordningsgruppsmötena. Då de senare mötena upphört bör ny utredning ta upp vilka forum detta kan diskuteras i. | Vidare kvalitetssäkring samt utveckling av vilket forum som detta huvudsakligen ska ske i läggs som mål för 2016. |
| f) Utreda hur vi kan underlätta för patienter och allmänhet att | Ja. Förslag framtaget på förbättring genom en direktlänk på vår | Implementering av detta planeras under |

| Mål | Åtgärd/ måluppfyllelse | Kommentar |
|---|---|--|
| framföra klagomål/ synpunkter relaterade till vården inom U-CARE Vård | inloggningssida på Portalen. Implementering av förslaget skjuts till 2016. | 2016. |
| g) Vidareutveckla rutiner för egenkontroll (systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem) i relation till patientsäkerhetsarbetet. | Ja. Ännu större fokus på att etablera medvetenhet om att göra avvikelserapporteringar för alla som kommer i kontakt med patienter, och ännu tydligare på risk för vårdskada. Information om detta ges vid varje APT möte vilket är en gång/månaden. Ny rutin etablerad i slutet av 2015 av hur analysarbete sker efter en avvikelserapport där avvikelserna klassas i små och stora, där de små kan analyseras av VC eller en annan person medan de stora analyseras av minst två personer på ett mer formellt sätt. | Fem avvikelser rapporteras under 2015 vilket är ett par fler än förra året trots att patienterna var färre. Detta tolkas som en ökad medvetenhet om att även rapportera risk för händelse. Kvalitetssäkring av rutinerna förs över som mål för 2016. |

Egenkontroll 2015

Egenkontroller under året har inkluderat en uttömmande händelseanalys som gjorts då man uppmärksammat risker i verksamheten. Vid regelbundet återkommande möten mellan VC och VEA har potentiella risker och tillbud uppmärksamrats. Måluppfyllelsen för patientsäkerhetsmålen 2015 har utvärderats systematiskt (se ovan *Mål och uppnådda resultat för patientsäkerhetsarbetet 2015*).

Systemutvecklarteamets egenkontroll i säkerhetsarbetet med Portalen omfattar en daglig testning av kritiska processer för att säkerställa mjukvarans funktionalitet. Systemets prestanda och eventuellt driftsstop övervakas av separat mjukvara. Utvecklarna använder ett gemensamt testramverk och följer existerande standarder vid utveckling. Varannan vecka går systemutvecklarteamet och huvudansvariga för studier genom funktionsrapporter för att upptäcka eventuella anomalier.

Vårdavvikelser 2015

Under 2015 rapporterades fem vårdavvikelser. Dessa gällde:

- 1) En säkerhetslucka i U-CARE portalen identifierades. Säkerhetsluckan togs genast bort och inga intrång konstaterades. Förbättrade rutiner inför publicering av nya versioner av Portalen har införts.
- 2) Under sommaren fanns bristande kommunikation kring vikarierandet i en studie där en personal inte hade fått inloggningsidentitet på grund av otydligt ansvarsfördelning av detta och därför inte skulle kunna utföra hanteringen av eventuella suicidaliteter och behandlaruppgifter. Detta löstes direkt av den tekniska personalen som fanns på plats så att inloggningsidentitet skapades då men en risk identifierades. Beslut togs om att VC har det slutliga ansvaret för att inloggningsidentiteter finns för alla som ska vikariera. Bättre kommunikationsrutiner i god tid innan semestrar behövs också och läggs som mål för 2016.
- 3) En person ringde supporten då han fått mejl om att han var med i en studie men hade inte lyckats logga in i studien. Telefonnummer som var inlagt på användaren verkade vara fel och

användarsupporten ändrade då till hans telefonnummer så att han kunde logga in. Personen loggade in och hörde då av sig igen då han upptäckt att studien inte var till för honom då han ju inte hade cancer. Mejladressen visade sig vara inlagd felaktigt och mejlet gick till en denne person, istället för den korrekta, som utan övriga fick kontroller telefonnummer utbytt. Det finns en risk att sekretessen bryts då personen med den felaktigt inlagda mejladressen kan räkna ut att det finns någon med ett liknande namn/mejladress som har någon av sjukdomarna U-CARE vård riktar sig mot. Säkrare rutiner vid byte av telefonnummer eller mejladress framtogs.

- 4) En patient skickade ett internt meddelande menat till en psykolog men som gick till psykologens tekniska supportroll, då detta var möjligt från portalen via redan existerande förval. Meddelandet upptäcktes en vecka senare av slump. Patienten fick den hjälp han behövde men det blev tydligt att en risk fanns att viktiga/känsliga meddelanden går iväg till adresser som inte används. Problemet åtgärdades omedelbart av portalens tekniker när det uppmärksammats.
- 5) En suicidalert (som skickas till psykologerna i aktuell studie när någon rapporterar 4 eller mer på MADRS vilket kan indikera suicidrisk) skickades aldrig ut från Portalen vilket gjorde att patienten ringdes upp ett halvår senare. Personen var inte och hade inte varit suicidal och ingen vårdskada uppstod förutom möjligen ett minskat förtroende för vården, men en risk uppmärksammades. Nya rutiner etablerades, tester körs varje natt för att kontrollera att alert med mera fungerar som det ska och på veckovisa IT-möten granskas detta manuellt.

Klagomål och synpunkter 2015

Under 2015 har inga klagomål eller synpunkter relaterade till vården inom i verksamheten inkommit.

Åtgärder 2015

Patientsäkerhetsarbetet har baserats dels på de mål som formulerades för året, och dels på de rutiner som är etablerade. Dessa rutiner omfattar att en VEA finns för varje vårdenhet för närmare kontakt med verksamheten, återkommande möten sker där patientsäkerhetsarbete är i fokus, samt regelbundna påminnelser sker. Rutiner för att uppmärksamma krockar mellan forsknings och vårdintressen finns men bör eventuellt förändras under kommande år då övrig U-CARE verksamhet förändras. Rutinerna för avvikelserapporterna har förbättrats då vi idag lägger ännu större fokus på *risk* för vårdskada samt att det återkommande tas upp i hela personalgruppen. Avvikelsrapporterna ligger sedan till grund för nya mål för 2016. En ny rutin har etablerats som handlar om att förenkla händelseanalyserna till små händelser/risk för händelser. Detta för att på alla sätt underlätta att avvikelserapporter skrivs och analyseras. De större avvikelserna handläggs som tidigare.

I systemutvecklarteamet har säkerhetsarbetet med Portalen fokuserat på att förbättra kvalitetskontroller av huvudfunktioner i synnerhet funktioner som är kritiska för patientsäkerheten. Dessutom har loggning av dessa funktioner utökats för att lättare kunna spåra eventuella problem. Varannan vecka går systemutvecklarteamet och huvudansvariga för studier genom funktionsrapporter för att upptäcka eventuella anomalier.

Sammanställning och analys 2015

Tre avvikelser som rapporterats under året var relaterade till tekniska fel och oupptäckta risker i Portalen. Arbetet med funktionalitet och säkerhet i Portalen är pågående i en iterativ process som inkluderar en aktiv dialog mellan användare (främst vårdpersonal och forskare) och systemutvecklare. De tre vårdavvikelserna låg till grund för ytterligare utredning av tekniska lösningar

för kvalitetssäkring av Portalen. Övriga två handlade om bristande kommunikation och risken med att hantera mejladresser så att de skrivs in rätt. Ingen av avvikelserna ledde till några kända vårdskador.

Mål för patientsäkerhetsarbetet 2016

Målen för patientsäkerhetsarbetet under det kommande året 2016 har formulerats som följer:

- Planera och genomföra minst två aktiviteter (vår och höst) för att involvera vårdpersonalen i att identifiera potentiella patientsäkerhetsrisker och möjligheter att utveckla vårdkvalitén.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Genomförda aktiviteter ja, två eller flera/ ja, men endast en/nej.
- Kvalitetssäkra att det sker aktiviteter för att uppmärksamma all U-CARE-personal (inte bara vårdpersonal) på inre och yttre sekretess.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Genomförda aktiviteter ja, två eller flera/ ja, men endast en/nej.
- Utredda hur patientsäkerhetsarbete tillsammans med patient och/eller närstående kan gå till. Involvera minst en med patient och/eller närstående i patientsäkerhetsarbetet. Planera och beskriva vilka uppgifter denna person/ dessa personer ska ha. Involvera minst en patient/patientrepresentant/anhörig.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Uppgifter planerade och beskrivna ja/nej. Minst en patient/närstående involverad ja/nej.
- Kvalitetssäkra att potentiella risker orsakade av att forskningsaktiviteternas och vårdens mål inte är förenliga uppmärksammas, genom att sådana risker regelbundet (minst 2 ggr per termin) analyseras i diskussion mellan VC och representant/-er för forskningsaktiviteterna. Utredning av om det vid nya studiestarter kan behövas extra uppmärksamhet av detta och hur det ska gå till. Formerna för detta utreds under 2016 då övrig U-CARE verksamhet förändras.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Löpande analyser minst 2 ggr per termin/ ja, men mindre än 2 ggr per termin/ nej. Utredning för formerna för vidare analys av detta påbörjad ja/nej.
- Implementera en direktlänk för att underlätta för patienter och allmänhet att framföra klagomål/ synpunkter relaterade till vården inom U-CARE Vård.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Förbättringen har implementerats ja/nej.
- Kvalitetssäkra rutiner för egenkontroll (systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem) t.ex. avvikelserapporter i relation till patientsäkerhetsarbetet.
 - Utvärdering av måluppfyllelse: Förslag på kvalitetssäkring för vidareutvecklade rutiner för egenkontroll har utvecklats ja/nej.
- Vidareutveckla rutiner inför semesterperioder vid jul och sommar. Det behövs bättre kommunikationsrutiner i god tid innan semestrar behövs.

- Utvärdering av måluppfyllelse: Förslag på förbättrade rutiner vid överlämnandet till vikarier kring semestertider har utvecklats ja/nej.

Ansvarig för innehållet Fredrika Norlund, verksamhetschef