



Patientsäkerhetsberättelse 2015 – Caphere Närsjukvård

Övergripande mål och strategier

Caphere Närsjukvård är ett affärsområde inom Caphere AB. Caphere Närsjukvård bedriver idag hälso- och sjukvårdsverksamhet inom primärvård och öppen specialistvård (se bilaga för de verksamheter som omfattas) i 12 regioner/landsting. Vi är verksamma i Landstinget Blekinge, Landstinget Gävleborg, Region Kronoberg, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Västmanland, Region Östergötland, Region Halland, Region Skåne, Stockholms Läns Landsting, Västerbottens läns landsting, Västra Götalands Regionen samt Region Örebro län. I vårt patientsäkerhetsarbete arbetar vi i enlighet med *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) samt *Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659).

Verksamheten omfattar 67 vårdcentraler, 3 fristående BVC, 2 fristående Rehab-mottagningar samt 4 enheter med öppen specialistvård.

Vid utgången av 2015 var 667 251 patienter listade på våra vårdcentraler. Under 2015 gjordes 2 412 832 patientbesök (varav 1 121 692 läkarbesök, 971 512 besök till sjuksköterska, 227 541 besök till fysioterapeut/kiropraktor/naprapat/ arbetsterapeut, 92 087 besök till psykolog/kurator samt 90 225 vaccinationer – exkl BVC) till våra olika kompetenser och vi utförde 6 928 operationer.

Ledningen för Caphere Närsjukvård har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och det finns chefläkare, medicinska rådgivare och processledare till stöd för verksamheterna. Ytterst ansvarig är VD Susanne Wellander.

Lokalt är det verksamhetschefen på varje Vårdcentral/Cityklinik/Hälsocentral som har det operativa ansvaret för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följs upp. Varje medarbetare på Vårdcentralen/Citykliniken/Hälsocentralen har eget ansvar för sitt patientarbete och att rapportera avvikelser man observerar eller är delaktiga i. Avvikelser följs regelmässigt upp på varje APT-möte.

Caphere Närsjukvård har valt en bred definition av begreppet avvikelse **“en ogynnsam händelse, ogynnsam observation, känd risk eller komplikation”** för att bidra till att undvika att medarbetare tvekar om vad som är en avvikelse. Vi arbetar aktivt med att öka benägenheten att rapportera och verkar för en **“no shame – no blame”**-kultur på våra arbetsplatser. Utöver de ärenden som normalt rapporteras och utreds systematiskt i avvikelshanteringssystemet inkluderas de ärenden som inkommer från IVO och Patientnämnden, samt Lex Maria-ärendena.

Struktur för inrapportering, uppföljning och utvärdering

Vi har ett enhetligt och i samtliga verksamheter implementerat system för avvikelshantering, Centuri. Det finns i ledningssystemet styrande dokument för *Rapportering och hantering av avvikelser*.

Vid befarad eller inträffad avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen som gör en händelseanalys, vid behov tillsammans med lokalt medicinskt ansvarig läkare, medicinsk rådgivare och/eller chefläkare. Ett åtgärdsförslag tas fram och implementeras i verksamheten. Återkoppling sker till den som anmält avvikelserna och avvikelserna anmäls, diskuteras och följs upp på arbetsplatsträffar (APT).

Avvikelserna klassificeras i samband med utredningen och händelseanalysen. Chefläkaren gör systematiska genomgångar som rapporteras till ledningen för Capio Närsjukvård. I de fall då övergripande strukturella problem identifieras tas frågan upp på ledningsnivå och utreds vidare.

Redovisning av genomförda åtgärder 2015

I fjolårets Patientsäkerhetsberättelse identifierades ett antal förbättringsområden:

- *Fortsatt arbete med att tydliggöra och implementera rutiner i verksamheten till stöd för medarbetarna,*
- *Att uppmuntra till att fler avvikelser rapporteras och att lokala chefer blir bättre på att granska och avsluta sina ärenden,*
- *Under 2015 kommer vi med utgångspunkt i den nya Patientlagen (SFS 2014:821) att internt fortsätta diskutera bemötandet gentemot patienter och hur vi gör patienten delaktig i sin egen vård,*
- *Fortsatt arbete med regelbundna läkemedelsgenomgångar framför allt inom hemsjukvården och på särskilda boenden,*
- *Årliga interna medicinska revisioner,*
- *Fokusera på ett strukturerat kvalitetsarbete utifrån såväl processer som uppnådda behandlingsmål,*
- *Förbättrad och intensifierad samverkan mellan vårdgrannar,*
- *att genomföra olika utbildningar för att göra medarbetarna än mer medvetna om vikten av ett bra bemötande och en god kommunikation med patienten,*
- *Säkerställa att legitimerad sjukvårdspersonal har adekvat kompetens och erbjuds goda möjligheter till fortsatt kompetensutveckling.*
- *Genom deltagande i patientsäkerhetskulturmätningar dels få kunskap om hur väl förankrat och genomfört vårt patientsäkerhetsarbete är, dels få möjlighet att ytterligare lyfta fram alla medarbetarnas betydelse för att lyckas i detta arbete.*

Vill vi i detta sammanhang särskilt lyfta fram följande arbeten som initierats eller fortsatt under 2015:

- Under 2015 har vi med utgångspunkt i Patientlagen internt diskuterat och implementerat förbättringar avseende bemötande, information och delaktighet,
- Arbetet med genomföra fler regelbundna läkemedelsgenomgångar, framför allt inom hemsjukvården och på särskilda boenden, har inte varit så framgångsrikt som vi hoppats,
- Årliga interna medicinska revisioner på vårdcentraler/mottagningar har påbörjats,
- Bemötandefrågor tas regelmässigt upp på APT och diskuteras i samband med rapporterade avvikelser. Fördjupat samarbete med andra vårdgivare i primärvården, samt dialog med sjukhuskliniker för ett tydligare och mer patientsäkert överförande av behandling- och uppföljningsansvar,
- Arbetet fortsätter med att revidera, och vid behov även ta fram nya, rutiner i verksamheten,
- Lokalt har flera enheter fortsatt jobba med sina förbättringsområden utifrån resultatet i patientsäkerhetskulturmätningen 2014,
- Arbetet med att genomföra årlig granskning av läkemedelshanteringen på samtliga enheter har påbörjats.

Redovisning av inkomna ärenden 2015

Under 2015 rapporterades totalt 2 334 avvikelser (+15% jämfört med 2014), varav 1 870 (80%) hade granskats och avslutats vid årsskiftet.

I en dryg tredjedel (36%) av avvikelserna var annan organisatorisk enhet involverad. Det rörde sig framförallt om sjukhusklinik, kommun eller laboratorium/röntgen.

Nästan hälften (49%) av avvikelserna var direkt patientrelaterade och 5% var direkt kopplade till läkemedel.

Brister i procedurer/rutiner/riktlinjer angavs som orsak till den inträffade avvikelsen i 57% av ärendena. Det rörde sig såväl om avsaknad av rutiner, som bristfälligt kommunicerade eller bristfälligt kända rutiner. Näst vanligaste orsak till avvikelsen var bristfällig kommunikation/information (22%). Andra orsaker var samverkan andra vårdgivare/kommun (8%), teknik/apparatur/IT (7%) och utbildning/kompetens (5%).

I riskmatrisbedömningen föll 5 avvikelser ut som bedömdes ha en allvarlighetsgrad "betydande" och samtidigt risk för återupprepning "mycket stor" eller än mer allvarlig. Lex Mariaärendena omfattas inte i denna riskmatris.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
Sannolikhet för upprepning	Mkt stor	0	5	11	
	Stor	0	26		
	Liten	2			
	Mkt liten				

Dessa 5 avvikelser härrör sig till:

- Journalsystemet PMO (Region Skåne) ur funktion stor del av dag
- Gick inte att lyssna på och skriva diktat under stor del av dag (Region Halland)
- VDI-anslutningen in till Region Skånes journalsystem ur funktion
- Återkommande problem med inloggning till VAS (Region Halland)
- Patient utskriven från sjukhus, ApoDos pausad, inga läkemedel hemma och primärvården ej informerad/ingen överrapportering (SLL).

Inga fall av vårdrelaterade infektioner har rapporterats, och endast ett fåtal händelser inom vårdhygien.

Region/Landsting (antal enheter)	Antal ärenden			
	Avvikelser	IVO	Lex Maria	Patient- nämnden
LT Blekinge (1)	14	3	0	0
LT Gävleborg (5)	178	8	1	10
LT Kronoberg (1)	0*	0	1	15
LT i Uppsala län (3)	3*	0	2	9
LT Västerbotten (1)	92	6	2	19
LT Västmanland (2)	53	3	0	23
LT Östergötland (1)	1*	0	0	6
Region Halland (5)	25	8	2	19
Region Skåne (20)	544	37	7	182
SLL (26)	1079	46	4	250
VGR (9)	294	9	2	46
Örebro LL (2)	51	4	0	6
Summa	2334	124	21	585

*) i dessa landsting är våra vårdcentraler tvungna att rapportera i det landstingsgemensamma systemet

Under året har 124 ärenden (enskildas klagomål) inkommit från IVO (att jämföra med 117 ärenden under 2014). 172 ärenden från 2011-2015 har avslutats och det kvarstår 218 oavslutade ärenden (2011-2015) hos IVO.

21 Lex Maria-ärenden har rapporterats under 2015, vilket är avsevärt fler än 2014, men jämförbart med 2012 och 2013. Det rör sig om 7 fullbordade suicid och ett suicidförsök, i 9 ärenden om försenad diagnos och behandling, i ett ärende felaktig läkemedelsordination, i ett ärende om skada efter öronspolning och i ett ärende anmälde vi Apoteket för en felexpediering.

16 Lex Maria-ärenden har avslutats och 7 kvarstår hos IVO som icke avslutade. I alla avslutade ärendena, förutom två (2), bedömde IVO att vårdgivaren utrett och vidtagit nödvändiga åtgärder för att förhindra eller förbygga liknande händelser. I ena ärendet hade IVO påpekanden om att vårdgivaren skulle genomföra en utvidgad riskbedömning och utreda eventuella andra orsaker till händelsen. I det andra ärendet identifierade IVO brister i introduktion och handledning av nyanställd personal.

Under året avslutade IVO 172 ärenden, varav 150 enskilda klagomål. I 57% av dessa lämnades anmälan utan kritik, medan det i 37% av ärendena riktades någon form av kritik mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal eller vårdgivaren. Den vanligast förekommande anledningen till kritik var att läkaren (eller annan hälso- och sjukvårdspersonal) inte följt gällande rutiner eller att utredning/behandling fördröjts – dvs inte arbetat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. 10 ärenden om journalförstöring har handlagts, i 6 ärenden tillstyrkte IVO journalförstöring och i 4 fick patienten avslag på sin begäran.

Antalet ärenden till Patientnämnden var 585 under 2014, jämfört med 548 under 2014. I de svar som föreligger från Patientnämnden konstaterar vi att det huvudsakligen rör sig om brister i kommunikation och bemötande och vi har vid vår genomgång inte funnit några tecken på systemfel.

Patientsäkerhetskultur

För 2015 fanns en planering att i Västra Götalandsregionen påbörja och genomföra patientsäkerhetskultursatsningar, men detta har inte genomförts.

Antalet avvikelserapporter i förhållande till storleken på en verksamhet är ett, av flera mått, på hur patientsäkerhetskulturen är på enheten. Vi har nu nått den omfattning av avvikelserapporter totalt sett, att vi 2015 i genomsnitt hade en avvikelserapport per medarbetare. Det är dock stor variation mellan olika verksamheter och det finns de som gör endast ett fåtal avvikelserapporter per år.

Egenkontroller

Arbetet med egenkontroller är en viktig del i det interna arbetet med patientsäkerhet. Inom detta område vill vi särskilt lyfta fram:

- Systematiskt arbete med att uppmuntra och följa upp avvikelser i verksamheten. Fokus på att vid varje APT redovisa lärdomar från avvikelser och IVO-ärenden,
- Regionala medicinska chefer går tillsammans med chefläkaren regelbundet och systematiskt igenom medicinska avvikelser och IVO-ärenden, samt vidtar och implementerar de förbättringsåtgärder som det framkommer behov av,
- Arbetet med att genomföra årliga och strukturerade internrevisioner av verksamheterna har påbörjats – 2015 genomfördes 21 st,
- Granskning (intern alternativt extern) av läkemedelshanteringen i verksamheterna görs regelbundet,
- Samtliga verksamheter inom primärvården rapporterar till Nationella Diabetesregistret (NDR) och jämför regelmässigt sina resultat med varandra och genomsnitt i Landsting/Region,
- Under 2015 har vi påbörjat ett systematiskt arbete med egna patientnöjdhetsmätningar, förutom de nationella som genomförs i SKLs regi,
- Systematiskt kvalitetsarbete inom olika sjukdomsgrupper (diabetes, hypertoni, KOL, mångsökare) med fokus på ett enhetligt omhändertagande i enlighet med nationella riktlinjer och behandlingsmål,
- Lokalt följer vi årligen upp den totala antibiotikaförskrivningen (STRAMA-målet)
- Läkarna följer regelbundet upp sitt eget förskrivningsmönster av läkemedel,

Diskussion

Utifrån sammanställning och analys av inträffade händelser och rapporterade avvikelser under 2015 konstaterar vi att antalet avvikelserapporter ökat. Vi hoppades på en än mer påtaglig ökning av antalet avvikelserapporter. Det finns stora variationer i hur många avvikelser olika verksamheter rapporterar och här finns en stor förbättringspotential.

Suicid är fortsatt en vanlig orsak till Lex Maria-ärenden. Detta föranleder oss att fortsätta arbetet med att öka kunskapen om suicidprevention i form av ökad medvetenhet om dess förekomst, kunskap om hur man bedömer suicidalitet och hjälpmedel såsom "suicidstegen", samt nödvändigheten av korrekt dokumentation. Fördröjd diagnos och behandling är en annan vanlig orsak till Lex Maria-anmälan. Tydliga rutiner och riktlinjer i verksamheten samt fokus på utbildning och kompetensutveckling är viktiga för att minimera dessa risker.

Vi har under 2015 anmält 6 läkare till IVO med anledning av att de bedömts utgöra en risk för patientsäkerheten (PSL 3kap 7§). 3 av dessa läkare har varit "hyrläkare" från bemanningsföretag.

Vår analys och verksamhetschefernas samlade bedömning har identifierat några viktiga förbättringsområden:

- Fortsatt arbete med att tydliggöra och implementera rutiner i verksamheten till stöd för medarbetarna,
- Att uppmuntra till att fler avvikelser rapporteras och att lokala chefer blir bättre på att granska och avsluta sina ärenden,
- Långsiktigt mål är att samtliga verksamheter har minst det antal avvikelserrapporter per år som svarar mot antalet medarbetare.
- Fortsatt arbete med regelbundna läkemedelsgenomgångar framför allt inom hemsjukvården och på särskilda boenden,
- Årliga internrevisioner,
- Årliga granskningar av läkemedelshanteringen i verksamheterna,
- Fokusera på ett strukturerat kvalitetsarbete utifrån såväl processer som uppnådda behandlingsmål,
- Förbättrad och intensifierad samverkan mellan vårdgrannar,
- Säkerställa att legitimerad sjukvårdspersonal har adekvat kompetens och erbjuds goda möjligheter till fortsatt kompetensutveckling.
- Genom deltagande i patientsäkerhetskulturmätningar dels få kunskap om hur väl förankrat och genomfört vårt patientsäkerhetsarbete är, dels få möjlighet att ytterligare lyfta fram alla medarbetarnas betydelse för att lyckas i detta arbete.

Sammanfattning

Capio Närsjukvård arbetar aktivt med patientsäkerhetsfrågor och har ett väl implementerat ledningssystem i enlighet med SOSFS 2011:9 samt SFS 2010:659.

Vi ser ett behov av att fortsätta arbetet med att öka medvetenheten och tydligheten i organisationen för att fler medarbetare ska se det positiva i att rapportera avvikelser.

Systematisk genomgång av 2015 års samlade ärenden har inte kunnat påvisa några systemfel, men väl flera förbättringsområden där vi satsar på tydligare rutiner och processer, ökat fokus på bemötande, kommunikation och delaktighet, samt inte minst en tillåtande kultur som uppmuntrar till fortsatt förbättringsarbete och ökad rapporteringsbenägenhet.

För Capio Närsjukvård,

Stefan Bremberg
Chefläkare

Bilaga

Förteckning över vårdgivare tillhörande Capio Närsjukvård (juridiska personer som ingår i Capiokoncernen), samt läkare verksamma enligt LoL eller på samverkansavtal med landstinget och som omfattas av denna Patientsäkerhetsberättelse:

Capio Närsjukvård AB	556422-0860
Capio Sjukvård AB	556527-3751
Capio Närvård AB	556543-2878
Capio Primärvård AB	556570-3468
Capio Specialistvård Skåne AB	556585-4709
Capio Vårdcentral Gävle AB	556591-8355
Capio Hjärthuset i Varberg AB	556643-7413
Capio Familjeläkarna Falkenberg AB	556685-3726
Göingekliniken AB	556831-0329
Hälsoval Bergaliden AB	556832-9113

Conny Kramer, Lund
Gunnar Alinder, Lund
Carl-Johan Lindholm, Lund
Jörgen Thulin, Lund
Svante Sigurdsson, Lund
Martin Kriz, Lund
Danuta Makiela, Lund
Göran Lewin, Lund
Göran Bengtsson, Lund
Miloslava Richter, Lund

Michael Wiren, Halmstad
Lars Wetter, Halmstad
Barbara Densert, Halmstad

Nikos Tsiaklides, Vårberg
Bo Sevastik, Vårberg
Nicolas Vounelakis, Vårberg
Barbara Flur, Vårberg
Salim Dawqood, Väsby