



## Patientsäkerhetsberättelse 2016 – Catio Närsjukvård

### Övergripande mål och strategier

Catio Närsjukvård är ett affärsområde inom Catio AB. Catio 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, Region Gävleborg, Region Kronoberg, Region Uppsala, Region 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, 2 fristående BVC, samt 5 enheter med öppen specialistvård.

Vid utgången av 2016 var 665 783 patienter listade på våra vårdcentraler. Under 2016 gjordes 2 288 973 patientbesök till våra olika kompetenser (varav 1 042 092 läkarbesök, 956 563 besök till sjuksköterska, 196 241 besök till paramedicinska kompetenser (fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, psykolog/kurator) samt 94 077 vaccinationer) och därutöver ett antal besök till BVC.

Ledningen för Catio Närsjukvård har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och det finns chefläkare, regionala medicinska chefer och kvalitetschef 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.

Catio Närsjukvård har valt en bred definition av begreppet avvikelse **“en ogynnsam händelse, ogynnsam observation, känd risk eller komplikation”** för 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. Några regioner/landsting kräver i sina ackrediteringsvillkor att våra verksamheter ska använda regionens/landstingets avvikelshanteringssystem. Detta medför att vi som vårdgivare har svårigheter att få överblick över avvikelser, vilket i sin tur försvårar det systematiska patientsäkerhetsarbetet. 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, regional medicinsk chef och/eller chefläkare. Ett åtgärdsförslag tas fram och implementeras i verksamheten. Återkoppling sker till den som anmält avvikelserna och avvikelserna diskuteras och följs upp på arbetsplatsträffar (APT).

Avvikelseklassificering sker 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 2016

I Patientsäkerhetsberättelsen för 2015 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,*
- *Långsiktigt mål är att samtliga verksamheter har minst det antal avvikelse rapporter 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.*

Vill vi i detta sammanhang särskilt lyfta fram följande arbeten som initierats eller fortsatt under 2016:

- Fortsatt arbete med att dels skapa för hela affärsområdet gemensamma rutiner, dels tydliggöra och implementera såväl gemensamma som lokala rutiner i verksamheten till stöd för medarbetarna,
- Ledningssystemet är elektroniskt och tillgängligt för samtliga medarbetare via intranät eller webgränssnitt,
- Uppmuntrat till en bra patientsäkerhetskultur i verksamheterna med syftet att få fler avvikelse rapporter och att lokala chefer blir bättre på att granska, avsluta och återkoppla avvikelserna,
- Under 2016 har vi med utgångspunkt i den nya Patientlagen (SFS 2014:821) arbetat med att förbättra bemötandet av patienter och hur vi gör patienten delaktig i sin egen vård – exempelvis genomför vi regelbundna lokala patientenkäter som vi direkt följer upp och förändrar arbetssätt utifrån,

- Fortsatt arbetet med fler regelbundna läkemedelsgenomgångar framför allt inom hemsjukvården och på särskilda boenden,
- Årliga interna medicinska revisioner,
- Fokuserat på ett strukturerat kvalitetsarbete utifrån såväl processer som uppnådda behandlingsmål,
- Arbetat med att säkerställa att legitimerad sjukvårdspersonal har adekvat kompetens och erbjuds goda möjligheter till fortsatt kompetensutveckling.

## Redovisning av inkomna ärenden 2016

Under 2016 rapporterades totalt 2 517 avvikelser (+ 8 % jämfört med 2015), varav 1 698 (67%) hade granskats och avslutats vid årsskiftet.

Nästan hälften (46 %) av avvikelserna var direkt patientrelaterade och 5 % var direkt kopplade till läkemedel. Drygt 30 % av avvikelserna var av administrativ art. I 3 % av avvikelserna var annan organisatorisk enhet involverad. Klagomål stod för 30 % av avvikelserna, 29 % bedömdes som en risk och 24 % som en negativ händelse.

Brister i procedurer/rutiner/riktlinjer angavs som orsak till den inträffade avvikelserna i 51 % av ärendena. Det rör sig såväl om avsaknad av rutiner, som bristfälligt kommunicerade eller bristfälligt kända rutiner. Näst vanligaste orsak till avvikelserna var bristfällig kommunikation/information (32 %). Andra orsaker var samverkan med andra vårdgivare/kommun (7 %), teknik/apparatur/IT (6 %) och utbildning/kompetens (4 %).

I riskmatrisbedömningen föll 7 avvikelser ut som bedömdes ha en allvarlighetsgrad "katastrofal" eller "betydande" och samtidigt "mycket stor" eller "stor" risk för återupprepning. Detta rörde sig om bland annat: försenad remiss för malignitetsutredning, ej läst röntgensvar och därmed missat subduralhematom, samt patient med psykisk sjukdom och missbruk som gör 2 suicidförsök då utredning och behandling fördröjdes.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
Sannolikhet för upprepning	Mkt stor	3	4	63	
	Stor	0	44		
	Liten	1			
	Mkt liten				

Lex Mariaärendena omfattas inte i denna riskmatris.

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)	18	3	1	2
Region Gävleborg (4)	173	4	0	17
Region Kronoberg (1)	26	1	0	10
Region Uppsala (3)	33	3	0	11
LT Västerbotten (1)	37	3	0	19
Region Västmanland (2)	71	5	0	8
Region Östergötland (1)	30	3	0	17
Region Halland (5)	58	8	0	25
Region Skåne (21)	726	51	6	162
SLL (24)	967	33	7	317
VGR (9)	294	17	2	57
Region Örebro (2)	84	0	0	5
<b>Summa</b>	<b>2517</b>	<b>131</b>	<b>16</b>	<b>650</b>

Under året har 131 ärenden inkommit från IVO, varav 107 klagomål från patienter/närstående (att jämföra med 116 klagomål från patienter/närstående 2015). 172 ärenden från 2011-2016 har avslutats och det kvarstår 218 oavslutade ärenden (2011-2016) hos IVO.

16 Lex Maria-ärenden har rapporterats under 2016, vilket är något färre än 2015. Det rör sig om 3 fullbordade suicid, ett oklart dödsfall, 10 ärenden om försenad diagnos och behandling, ett ärende med misstänkt hög förskrivning beroendeframkallande läkemedel, samt ett ärende med felaktig hantering av PAD-prov.

20 Lex Maria-ärenden har avslutats under 2016 och 7 kvarstår hos IVO som icke avslutade. I alla avslutade ärendena, förutom ett (1), bedömde IVO att vårdgivaren utrett och vidtagit nödvändiga åtgärder för att förhindra eller förbygga liknande händelser. Det ärende där IVO riktade kritik rörde en situation där en utbildare i journalsystemet Take Care använt sig av faktiska patienter och i utbildningssyfte på en vårdcentral i Stockholm gjort anteckningar i faktisk patientjournal. IVO har även öppnat ett tillsynsärende för att följa upp händelsen.

Under året avslutade IVO 166 ärenden, varav 120 enskildas klagomål. I 36 % av dessa 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) brustit i sin undersökning och utredning med fördröjd diagnos/behandling som följd. Andra orsaker till kritik från IVO är att det förekommer brister i dokumentationen eller att vårdgivaren har bristfälliga rutiner för olika processer i verksamheten.

Antalet ärenden till Patientnämnden var 650 under 2016, jämfört med 585 under 2015. I de svar som föreligger från Patientnämnden konstaterar vi att det huvudsakligen rör sig om brister i kommunikation och bemötande. Detta är frågor som vi regelbundet och systematiskt arbetar med ute i verksamheterna och numer också systematiskt följer via återkommande lokala patientnöjdhetsmätningar.

## Patientsäkerhetskultur

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 2016 i genomsnitt hade drygt en avvikelserapport per medarbetare. Det är dock stor variation mellan olika verksamheter och det finns de verksamheter som endast har 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 fortsatt. I och med 2016 är det endast några enstaka verksamheter som inte genomfört en internrevision.
- 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 2016 har flertalet verksamheter genomfört en (eller flera) 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.

Inom ramen för vårt systematiska patientsäkerhetsarbete har vi analyserat de enskilda klagomål från 2014 och 2015 där IVO lämnat någon form av kritik. Var tredje IVO-anmälan (ingen skillnad mellan 2014 respektive 2015) har lett till att vårdpersonal och/eller vårdgivaren har fått kritik. När vi i efterhand analyserat dessa ärenden som lett till kritik har vi funnit att vart fjärde (~25 %) borde ha lett till anmälan enligt Lex Maria. Vår slutsats blir därmed att vi bör göra fler Lex Maria-anmälningar.

Ett sådant arbete har redan påbörjats där första steget är att dels rutinmässigt göra mer utförliga händelseanalyser i samband med enskildas klagomål till IVO för att få ett bättre beslutsunderlag inför ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria, dels fortsätta eftergranska beslut från IVO från 2016.

## Diskussion

Utifrån sammanställning och analys av inträffade händelser och rapporterade avvikelser under 2016 konstaterar vi att antalet avvikelserrapporter ökat med 8 %. Det finns fortsatt stora variationer i hur många avvikelser olika verksamheter rapporterar vilket då också innebär en stor förbättringspotential.

Brister i undersökning och utredning med fördröjd diagnos och behandling som följd är de vanligaste orsakerna till våra Lex Maria-anmälningar. Tydliga rutiner och riktlinjer i verksamheten samt fokus på utbildning och kompetensutveckling är viktiga för att minimera dessa risker.

Suicid är fortsatt en vanlig orsak till Lex Mariaärenden vilket visar att det är fortsatt viktigt att upprätthålla medvetenhet om dess förekomst, kunskap om hur man bedömer suicidalitet, samt nödvändigheten av korrekt dokumentation.

Vi har under 2016 anmält 3 läkare till IVO med anledning av att de bedömts utgöra en risk för patientsäkerheten (PSL 3kap 7§). 2 av dessa läkare har varit "hyrläkare" från bemanningsföretag, en var anställd. Ytterligare 8 läkare har på IVOs initiativ granskats utifrån deras förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. En läkare kritiseras för bristfällig dokumentation i samband med sådan förskrivning och en läkare får kritik för alltför frikostig förskrivning. IVO går vidare till HSAN i ett fall och yrkar om provotid för läkaren.

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

- Att aktivt jobba med patientsäkerhetskulturen lokalt i verksamheterna för att dels få kunskap om hur väl förankrat vårt patientsäkerhetsarbete är, dels få möjlighet att ytterligare lyfta fram alla medarbetarnas betydelse för att lyckas i detta arbete,
- Utbildning och information till verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare avseende riskbedömning/-värdering samt genomförande av händelseanalyser,
- Att uppmuntra till att fler avvikelser rapporteras och att stärka lokala chefer i att återrapportera och följa upp sina ärenden,
- Långsiktigt mål är att samtliga verksamheter har minst det antal avvikelserrapporter per år som svarar mot antalet medarbetare,
- Fortsatt arbete med att tydliggöra och implementera rutiner i verksamheten till stöd för medarbetarna,
- Fortsätta med årliga internrevisioner,
- Säkerställa att det genomförs årliga granskningar av läkemedelshanteringen i respektive verksamhet,
- Vidareutveckla det strukturerade kvalitetsarbetet utifrån såväl processer som uppnådda behandlingsmål och på sikt synkronisera det med Primärvårdskvalitet,
- Förbättrad och intensifierad samverkan mellan vårdgrannar,

- Säkerställa att legitimerad sjukvårdspersonal har adekvat kompetens och erbjuds goda möjligheter till fortsatt kompetensutveckling.

## Sammanfattning

I Capio Närsjukvård är arbetet med patientsäkerhet högt prioriterat och vi 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 2016 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 Capiro Närsjukvård (juridiska personer som ingår i Capiokoncernen), samt läkare verksamma enligt LoL eller på samverkansavtal med landstinget och som omfattas av denna Patientsäkerhetsberättelse:

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

Conny Kramer, 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

Barbara Flur, Vårberg