



Patientsäkerhetsberättelse 2017 – 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 76 vårdcentraler, 2 fristående BVC, samt 5 enheter med öppen specialistvård. I början av 2017 förvärvades Backa Läkarhusgruppen AB och som nu är inkluderad i denna Patientsäkerhetsberättelse.

Vid utgången av 2017 var 751 312 patienter listade på våra vårdcentraler. Under 2017 gjordes närmare 2,5 miljoner patientbesök till våra olika kompetenser (varav 1 080 293 läkarbesök, 885 524 besök till sjuksköterska, 253 143 besök till paramedicinska kompetenser (fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, psykolog/kurator) samt 101 475 övriga besök (ffa vaccinationer). Därutöver ett stort antal besök till BVC.

Organisatoriskt ansvar

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 har VD Susanne Wellander varit.

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/Läkarhus 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 ett styrande dokument för Rapportering och hantering av avvikelser ”*Rutin för avvikelser och klagomålshantering*”.

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 avvikelsen och avvikelserna 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 2017

I Patientsäkerhetsberättelsen för 2016 identifierades ett antal 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.*

Vill vi i detta sammanhang särskilt lyfta fram följande arbeten som initierats eller fortsatt under 2017:

- 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 avvikelserapporter och att lokala chefer blir bättre på att granska, avsluta och återkoppla avvikelserna,
- Påbörjat ett arbete där vi på övergripande regional nivå sammanställer och drar lärdomar av inkomna avvikelser, samt återkopplar till verksamheterna,
- Årliga interna medicinska revisioner (Internrevisioner),
- Introducerat standardiserade arbetssätt (CPIer) med fokus på såväl processer som uppnådda behandlingsmål,
- Startat upp Caphio Academy i syfte att säkerställa att medarbetare har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att det för samtliga yrkesgrupper erbjuds relevanta utbildningar och kompetensutveckling,
- Planerat för en Patientsäkerhetskulturmätning på samtliga enheter/mottagningar hösten 2017, men den kunde tyvärr inte genomföras då undersökningsföretaget (Indikator) kom på obestånd.

Redovisning av inkomna ärenden 2017

Under 2017 rapporterades totalt 3 219 avvikelser (+ 28 % jämfört med 2016), varav 428 kom från mottagningar tillhörande fd Backa Läkarhusgrupp. 2 697 (84%) avvikelser hade granskats och avslutats vid årsskiftet.

Nästan hälften av avvikelserna var direkt patientrelaterade och 5% var direkt kopplade till läkemedel. 30% av avvikelserna var av administrativ art. I 2% av avvikelserna var annan organisatorisk enhet involverad. Klagomål stod för 30% av avvikelserna, 27% bedömdes som en risk och 25% som en negativ händelse.

Brister i procedurer/rutiner/riktlinjer angavs som orsak till den inträffade avvikelserna i 56% av ärendena. Det rör sig såväl om avsaknad av rutiner, som bristfälligt kommunicerade eller bristfälligt kända rutiner. Andra vanliga orsaker till avvikelser var bristfällig kommunikation/information (25%) och upplevda brister i arbetsmiljön (10%).

I riskmatrisbedömningen föll 6 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: problem med lab-beställningar, patient som är hotfull och våldsam, avsaknad av behandlingsplan med onödigt hög vårdnivå samt brister i remissuppföljning. Eftergranskning av dessa 6 avvikelser indikerar att allvarlighetsgraden ofta övervärderas.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
Sannolikhet för uppreppning	Mkt stor	0	4	50	
	Stor	2	86		
	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)	21	0	1	5
Region Gävleborg (4)	163	9	0	21
Region Kronoberg (1)	47	0	0	10
Region Uppsala (3)	33	7	0	11
LT Västerbotten (1)	68	0	0	10
Region Västmanland (2)	130	4	1	4
Region Östergötland (1)	61	1	0	4
Region Halland (5)	94	14	6	28
Region Skåne (21)	682	29	7	195
SLL (23)	1005	38	4	348
VGR (19)	860	28	4	109
Region Örebro (2)	55	6	1	6
Summa	3219	136	24	751

Under året har 136 ärenden inkommit från IVO, varav 132 klagomål från patienter/närstående (att jämföra med 107 klagomål från patienter/närstående 2016). 91 av dessa ärenden har avslutats och det kvarstår 254 oavslutade ärenden (2011-2017) hos IVO.

Under året avslutade IVO 123 ärenden, varav 101 enskildas klagomål. I 37 % 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.

24 Lex Maria-ärenden har rapporterats under 2017, vilket är 8 fler än 2016. Det rör sig om 5 fullbordade suicid, flertal ärenden om försenad diagnos och behandling, ett ärende med konstaterat hög förskrivning beroendeframkallande läkemedel, samt ett flera ärenden med bristfällig dokumentation.

18 Lex Maria-ärenden har avslutats under 2017, varav 3 från 2016. 11 ärenden kvarstår hos IVO som icke avslutade. I alla avslutade ärendena bedömde IVO att vårdgivaren utrett och vidtagit nödvändiga åtgärder för att förhindra eller förbygga liknande händelser.

Antalet ärenden till Patientnämnden var 751 under 2017, jämfört med 650 under 2016. I de svar som föreligger från Patientnämnden konstaterar vi att det huvudsakligen rör sig om brister i kommunikation och bemötande, därefter att patienten inte varit nöjd med den utredning/behandling hen fick. Detta är frågor som vi regelbundet och systematiskt arbetar med ute i verksamheterna och numer också systematiskt följer via våra egna återkommande lokala patientnöjdhetsmätningar (TouchPoint).

Patientsäkerhetskultur

Antalet avvikelserrapporter i förhållande till storleken på en verksamhet är ett, av flera mått, på hur patientsäkerhetskulturen är på enheten. 2017 hade vi i genomsnitt 1,79 avvikelser per heltidsarbetande (FTE) eller 4,28 avvikelser per 1000 listade patienter. Det är dock stor variation mellan olika verksamheter och det finns verksamheter som endast har ett fåtal avvikelserrapporter per år.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Många vårdskador orsakas av brister i kommunikation och informationsöverföring när ansvaret för patienten flyttas mellan olika vårdgivare, exempelvis primärvård → slutenvård → primärvård och kommun. Under 2017 har vi deltagit med 9 vårdcentraler (3 i SLL, 3 i Skåne, 2 i VGR och 1 i Kronoberg) i den nationella tillsyn IVO genomfört kring samverkan kring de mest sjuka äldre. Återföringen från denna tillsyn visar att organisationsgränser är en stor riskfaktor för vårdskador och att avvikelserrapportering mellan olika vårdgivare och över organisationsgränserna behöver förbättras.

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,

- Eftergranskning av avslutade enskilda ärenden från 2014 och 2015, där IVO riktade kritik mot hälso- och sjukvårdspersonal och/eller vårdgivaren, har genomförts. Denna granskning visade att i 25-30% av de ärenden som avslutats med kritik så borde det gjorts en Lex Maria. Det borde varit 8-10 fler Lex Maria anmälda per år.
- Arbetet med att genomföra årliga och strukturerade internrevisioner av verksamheterna har fortsatt. I och med 2017 är det endast några enstaka verksamheter som inte genomfört någon internrevision de senaste 2 åren och under 2017 genomfördes internrevision på 65% av verksamheterna..
- 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) där vi månadsvis följer och benchmarkar såväl medicinska utfallsmått (CROM) som patientupplevd kvalitet (PROM). Utifrån dessa indikatorer identifieras på vårdcentralsnivå de patienter som behöver särskilda insatser för att nå sina behandlingsmål.
- Lokalt följer vi årligen upp den totala antibiotikaförskrivningen (STRAMA-målet),
- Läkarna följer regelbundet upp sitt eget förskrivningsmönster av läkemedel,
- Arbetet med systematiska journalgranskningar har påbörjats.

Informationssäkerhet

Under året genomfördes en revidering av det koncerngemensamma ledningssystemet för informationssäkerhet. Likaså etablerades en ny koncerngemensam policy för personuppgiftsbehandling, och tillhörande riktlinjer, som en del i förberedelserna att efterleva dataskyddsförordningen (GDPR) – som träder i kraft i maj 2018 och ersätter personuppgiftslagen – men också för att ge våra medarbetare ännu tydligare vägledning. Både informationssäkerhetspolicy och personuppgiftspolicy fastställdes av Capiokoncernens styrelse.

Vi har – som en del i vårt ledningssystem – genomfört en självutvärdering för att identifiera områden i behov av åtgärder. Under 2017 har vi tillhandahållit utbildning, i form av e-lektioner, för samtliga våra medarbetare inom informationssäkerhet och dataskydd, vilket har varit en viktig del för att höja våra medarbetares medvetenhet och förmåga att hantera informationssäkerhetsrisker.

Vi har genomfört en utvärdering av våra förberedelser mot dataskyddsförordningen och arbetet kommer fortgå under första halvåret av 2018. Informationssäkerhetsansvarig respektive dataskyddsombud har utsetts för affärsområdet och är sedan slutet av 2017 en del av koncernens informationssäkerhetsråd. Syftet med informationssäkerhetsrådet är att underlätta kunskapsdelning och erfarenhetsutbyte och för att driva utvalda informationssäkerhetsaktiviteter gemensamt.

Vidare har en första och övergripande riskanalys genomförts för affärsområdet, som resulterat i prioriterade aktiviteter för att stärka informationssäkerheten.

Systematiska loggkontroller genomförs regelbundet på flertalet mottagningar och övriga har hittills haft ett mer sporadiskt genomförande.

Vårdinformationssystemets tillgänglighet har stärkts genom såväl utvidgning av som snabbare lösningar för tvåfaktorsautentisering.

Under året har en rutin skapats och implementerats för en systematisk uppföljning av nya medarbetares journalföring.

Nya reglerna för klagomålshantering 2018

Inför årsskiftet har vi börjat förbereda oss på de nya reglerna för klagomålshantering från 1 januari 2018, där vårdgivarens ansvar att utreda patientklagomål utökas.

Verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare på mottagningarna har informerats och det finns tydliga rutiner för hur patientklagomålen ska tas om hand. Att suicid framöver inte alltid ska anmälas enligt Lex Maria har också väckt frågor, som vi mött med olika informationsinsatser.

Diskussion och analys

Utifrån sammanställning och analys av inträffade händelser och rapporterade avvikelser under 2017 konstaterar vi att antalet avvikelserrapporter ökat med knappt 30%. 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.

Vi har under 2017 anmält 2 sjuksköterskor (1 anställd och 1 från bemanningsföretag) till IVO med anledning av att de bedömts utgöra en risk för patientsäkerheten (PSL 3kap 7§). 2 läkare har på IVOs initiativ granskats utifrån deras förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

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

- Att lokalt påbörja ett arbete med att stärka patientsäkerhetskulturen och under 2018 genomföra en patientsäkerhetskulturmätning inom hela affärsområdet,
- 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,
- 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 interna 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 2017 års samlade ärenden har inte kunnat påvisa några systemfel, men väl flera förbättringsområden där vi främst lyfter fram behovet av 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.

2018-02-28

För Capio Närsjukvård,

Stefan Bremberg

Chefläkare

Informationssäkerhetsansvarig

Bilaga

Förteckning över vårdgivare tillhörande Capio Närsjukvård (juridiska personer som ingår i Capiokoncernen), samt läkare verksamma enligt LoL eller på samverkansavtal med landsting/region 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 Vårdcentral Gävle AB	556591-8355
Capio Familjeläkarna Falkenberg AB	556685-3726
Göingekliniken AB	556831-0329
Hälsoval Bergaliden AB	556832-9113
Capio Läkarhus AB	556640-5592
Capio Rehab AB	556809-3859

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, Värberg