

Patientsäkerhetsberättelse

Cario Närsjukvård, 2021



2022-02-28

Stefan Bremberg, chefläkare

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Inledning | 2 |
| Sammanfattning | 4 |
| Prioriterade förbättringsområden 2022..... | 5 |
| Grundläggande förutsättningar för säker vård | 6 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning | 6 |
| Övergripande mål och strategier..... | 6 |
| Organisation och ansvar..... | 6 |
| Samverkan för att förebygga vårdskador | 7 |
| Informationssäkerhet | 7 |
| Strålskydd..... | 8 |
| En god säkerhetskultur..... | 8 |
| Adekvat kunskap och kompetens..... | 8 |
| Patienten som medskapare | 9 |
| Agera för säker vård | 10 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador..... | 11 |
| Har vården varit säker? | 11 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 12 |
| Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system? | 12 |
| Säker vård här och nu..... | 12 |
| Riskhantering..... | 13 |
| Stärka analys, lärande och utveckling..... | 13 |
| I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information? | 13 |
| Avvikelser | 13 |
| Klagomål och synpunkter..... | 14 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap..... | 15 |
| Mål, strategier och utmaningar för kommande år | 15 |
| Fokusområden för 2022 | 16 |
| Bilaga 1 | 17 |
| Förteckning över vårdgivare tillhörande Capio Närsjukvård | 17 |
| Bilaga 2 | 18 |
| Nyckeltal 2021..... | 18 |

Sammanfattning

I fjolårets Patientsäkerhetsberättelse identifierades ett antal förbättringsområden. Vill vi här lyfta fram några av de områden och insatser vi genomfört under 2021:

- Trots pandemin och att mycket av planerat utvecklingsarbete fick pausas har det genomförts ett omfattande och engagerat arbete med att utveckla patientsäkerhetskulturen. Ett stort antal aktivitetsplaner togs fram utifrån HSE-mätningen 2020 och många förbättringsåtgärder har genomförts.
- Vi konstaterar att antalet avvikelser fortsätter att öka inte bara i antal utan också i relation till verksamhetens storlek och antal medarbetare.
- Vi har under året genomfört utbildningar inom patientsäkerhetsområdet (exempelvis Händelseanalyser och Internutredningar) för våra verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare. Dessa utbildningar har på grund av pandemin genomförts digitalt. I en av våra Capioregioner har vi startat upp med kvalitetsgrupper på verksamheterna. Dessa grupper (verksamhetschef, MAL, samt 1-3 ytterligare medarbetare) träffas var-varannan vecka för att handlägga avvikelser, diskutera riskbedömningar och initiera förbättringsåtgärder. Utvärderas under 2022.
- Vi har utvecklat ledningssystemet och arbetat aktivt med att både uppdatera och begränsa antalet styrande dokument i systemet. Detta görs främst för att förbättra sökbarhet och underlätta för medarbetare att hitta de rutiner och riktlinjer de behöver i vardagen.
- Våra mallar för internrevisioner har uppdaterats och kompletterats så att de bättre motsvarar de krav som ställs inför en eventuell kvalitetscertifiering. I stort samtliga verksamheter har internreviderats (merparten digitala revisioner) under 2022.
- Vårt arbete med följsamhet till dataskyddsförordningen och föreskrifterna om personuppgiftshantering fortsätter. Under året har vi främst haft fokus på att uppdatera och harmonisera våra mallar för behovs- och riskanalyser inom området relaterat till övriga affärsområden inom Capio. En av våra vårdgivare har utifrån NIS-direktivet haft en extern inspektion från IVO.
- Vi har fortsatt arbeta med att bygga relationer över organisationsgränser och förbättra samverkan med framför allt sjukhus/specialistvård och kommuner. Detta har på grund av pandemin varit en utmaning och det är främst inom exempelvis vaccinationer vi ser en påtagligt ökad samverkan samtidigt som samverkan med sjukhus på många håll försämrats och det är svårt att få hjälp med bedömningar på specialistvårdsnivå.
- Vår kompetensutvecklingsportal "Capio Academy" har startats upp och vi har därmed fått en plattform för att såväl presentera och erbjuda olika utbildningar – fysiska **och** digitala – som bra möjligheter att följa upp genomförda utbildningar och matcha mot de behov av kompetensutveckling som framkommer i medarbetarsamtalen.

- Patientens delaktighet i vården och patientens upplevelse av sina vård-kontakter har vi arbetat mycket med under året. Ett stort antal patientintervjuer har genomförts både för att få kännedom om patientens förväntningar, och få erfarenheter och förslag till förbättringar. Utöver deltagandet i den nationella patientenkäten (NPE) genomför vi 2 gånger om året (vår och höst) en egen patientnöjdhetsundersökning på alla våra verksamheter. Utifrån resultatet i dessa jobbar varje verksamhet med att utveckla de områden våra patienter är mindre nöjda med. Under pandemin har vi börjat erbjuda patienten att ladda ner och svara på dessa frågor via en QR-kod.

Prioriterade förbättringsområden 2022

Ledningen för Capio Närsjukvård prioriterar arbetet med patientsäkerhet och ställer krav på att verksamheterna aktivt arbetar med sin patientsäkerhet och engagerar alla medarbetare i detta. En hög patientsäkerhet är grunden för god medicinsk kvalitet och för trovärdigheten.

Vi har identifierat ett antal förbättringsområden (se även Mål, strategier och utmaningar för kommande år längre fram i dokumentet) som vi aktivt kommer att arbeta med under 2022:

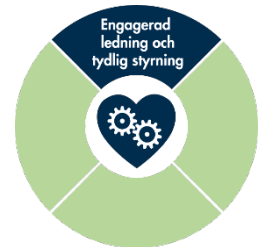
- Vi har ett patientlöfte i form av "100% tillgänglighet samma dag för en medicinsk bedömning" och "En kontakt – sedan bär vi ansvaret". Ingen patient ska i telefon mötas av "fylld kö"
- Att sprida och dela lärande exempel är ett bra sätt att utveckla patientsäkerhetsarbetet
- Systematiska journalgranskningar ska regelbundet genomföras i verksamheterna
- Ge patienten möjlighet att vara sin egen barriär mot vårdskador genom att vi alltid både muntligt och skriftligt kommunicerar "förväntat förlopp"
- Förbättra patientsäkerhetskulturen ytterligare genom att arbeta med identifierade framgångsfaktorer, samt
- Involvera patienten såväl i arbetet med händelseanalyser som i förbättringsarbetet.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Capio Närsjukvård är ett affärsområde inom Capio Sverige. Capio Närsjukvård bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom primärvård och öppen specialistvård (se Bilaga 1 för de vårdgivare som omfattas) i 13 regioner. Affärsområdet omfattar närmare 100 vårdcentraler, några fristående BVC, rehabenheter, en närakut, flera jourmottagningar, två enheter med öppen specialistvård, två företagshälsovårdsenheter, en privatmottagning, samt vår digitala och nationella tjänst Capio Go.

Capio 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, LÖF-ärenden där det identifieras en vårdskada i egen verksamhet, samt Lex Maria-ärenden.

Vi engagerar hela linjen – från affärsområdesledning via regionledningar ut till verksamhetsledningar och den enskilde medarbetaren i patientsäkerhetsarbetet. En hög patientsäkerhet är vår viktigaste kvalitetsindikator. Vårt arbete är såväl proaktivt och förebyggande via patientsäkerhetskulturen, som mer reaktivt på observerade risker och inträffade händelser och då genom korrigerande och förebyggande åtgärder. Lärandet, såväl internt i den egna verksamheten, som mellan olika verksamheter och affärsområden, är både en utmaning och en drivkraft.

Organisation och ansvar

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

Ledningen för Capio Närsjukvård har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och det finns chefläkare, regionala medicinska chefer, kvalitetschef och kvalitetscontrollers till stöd för verksamheterna. Ytterst ansvarig för affärsområdet är VD Fredrik Gunmalm.

Lokalt är verksamhetschefen på varje Vårdcentral/Hälsocentral ansvarig för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följs upp. Till sin hjälp har verksamhets-

chefen en medicinskt ansvarig läkare (MAL) och vissa verksamheter har också kvalitetsråd.

Varje medarbetare på Vårdcentralen/Hälsocentralen har ett eget ansvar för sitt patientarbete och att rapportera avvikelser man observerar eller är delaktig i. Avvikelser följs regelmässigt upp på varje APT-möte.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

I de flesta regioner där vi är verksamma finns ett etablerat samarbete mellan olika vårdgivare (såväl andra privata som offentliga). Det gäller exempelvis olika former av vårdplaneringar där sluten-/specialistvård, primärvård och kommun samverkar kring en gemensam patient och där det finns regionala överenskommelser för hur de processerna hanteras.

Vi har i analyser, tillsammans med slutenvård och kommuner, identifierat en underreportering av avvikelser i samband med dessa vårdövergångar. Andra exempel är remittering från primärvård till organspecialist respektive utremittering från slutenvård/organspecialist till primärvård där det i vissa regioner finns tydliga och välkända vårdöverenskommelser. Den psykiska ohälsan ökar och en stor andel av dessa patienter tas primärt om hand i primärvården. Vi ser idag brister, på vissa håll stora brister, i samverkan med specialistpsykiatri och där det är svårigheter att från primärvården få hjälp med en specialistbedömning av en patient.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vi har inom Capiokoncernen ett informationssäkerhetsråd med representanter från våra affärsområden. Syftet är att underlätta kunskapsdelning och erfarenhetsutbyte samt att gemensamt driva valda aktiviteter kopplade till informationssäkerheten.

Internrevisionsarbetet, utifrån dataskyddsförordningen och föreskrifterna om personuppgiftshandling fortsätter. Behovs- och riskanalyser rörande behörighetstilldelning har uppdaterats. Under hösten 2021 initierade och genomförde IVO en inspektion av en av våra vårdgivare utifrån NIS-direktivet och vi inväntar nu IVOs beslut och rekommendationer.

Vi genomför systematiska egenkontroller i form av regelbundna loggkontroller och logguppföljningar. All nyanställd personal får såväl muntlig som skriftlig information om lagar och förordningar rörande sekretess och personuppgiftshandling. Händelser med dataintrång, där enskild medarbetare åsidosatt sina skyldigheter avseende sekretessreglerna, utreds noggrant och leder oftast till såväl skriftlig erinran som polisanmälan.

Under 2021 har 3 personuppgiftsincidenter rapporterats och utretts. Ingen av dem har bedömts så allvarlig att den rapporterats vidare till IMY (IntegritetsSkyddsMyndigheten).

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Radiologisk verksamhet finns endast i Umeå, på Capio Norrlandskliniken. Där finns idag konventionell röntgen samt MR-kamera. Vi har avtal med Region Västerbotten avseende expert- och ledningsfunktion samt årlig revision. Revision ej genomförd 2021, planerad första halvåret 2022.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Alla våra verksamheter har fokus på att öka antalet avvikelserapporter genom att arbeta för och stimulera ett öppet klimat där man både vågar och anser det viktigt att prata om risker och negativa händelser. Alla verksamheter informerar på APT om rapporterade avvikelser och de lärdomar man dragit utifrån de analyser som genomförts. Tid avsätts på APT för att tillsammans reflektera över lärdomarna. Även utvecklingsdagar används för att arbeta med patientsäkerhetskulturen.

I Capio Närsjukvård genomförs årliga Patientsäkerhetskulturmätningar där vi får HSE-index, såväl på verksamhetsnivå som aggregerat regionvis och för affärsområdet. Ute i verksamheterna går man tillsammans igenom resultatet av mätningen och identifierar de områden/frågor som man bedömer mest viktiga att jobba vidare med. Många använder i detta arbete Säkerhetskulturtrappan för att förbättra sin patientsäkerhetskultur.

Engagemanget för patientsäkerhetsarbetet är mycket bra hos våra medarbetare och det märks exempelvis i att vi nu 2 år i rad haft en svarsfrekvens på 90% i HSE-mätningarna. Vi ser också i mätningen 2021 att allt fler medarbetare uppfattar att affärsområdes- och regionledningar ger förutsättningar för ett patientsäkert arbete.

Utifrån resultatet av HSE-mätningen 2021 genomförs uppföljande dialoger med de verksamheter som haft de största negativa respektive positiva förändringarna i HSE-index jämfört med föregående år. Vi hoppas och tror att vi därigenom ska kunna identifiera både framgångsfaktorer och riskfaktorer så att vi framöver kan arbeta än mer proaktivt med patientsäkerhetskulturen.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Vi har en struktur och arbetssätt i verksamheterna som bidrar till en hög patientsäkerhet. Bemanningen utgår alltid från att nödvändiga kompetenser för uppdraget (exempelvis vårdcentral, specialismottagning) är i tjänst.

Många av våra verksamheter har en struktur för schemaläggning som ger medarbetarna stora möjligheter att själv påverka när de ska arbeta eller vara lediga, förutsatt att det alltid finns en grundbemanning svarande till



behoven. Någon vårdcentral har med framgång låtit varje profession helt ansvara för sin bemanning.

Vi har identifierat ett behov av att internt vidareutbilda sjuksköterskor inom specialområdena diabetes, astma/KOL och hypertoni för att minska sårbarheten när en specialutbildad sköterska inom framför allt diabetes eller astma/KOL blir sjuk eller säger upp sig. Sådan vidareutbildning har dock fått stå tillbaka under pandemin, men är nu åter aktuell att starta upp.

En viktig del i vår interna ledarskapsutbildning är förändringsledning: alla våra regionledningar samt många lokala verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare har genomgått sådan utbildning. Lokalt arbetar man med olika former av förändringsarbete och man har också möjlighet att regelbundet avsätta särskild tid för sådant arbete.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vi gör våra patienter delaktiga i sin egen vård, dels i det vardagliga mötet med patienten där vi engagerar patienten i och ta ansvar för sin egen behandling, dels genom att uppmana patienten att läsa sin egen journal – 1177 Journalen.

Patienter bjuds in till dialoger där de både får möjlighet att dela sina erfarenheter av vården och ge förslag till förbättringar. Vi har i sådana dialoger identifierat ett behov av att förbättra vår kommunikation med patienten så att hen bättre förstår och även får en mer lättillgänglig information. Vi måste som vårdgivare bli mycket bättre på att exempelvis beskriva och förklara "förväntat förlopp" så att patienten kan förstå vad som förväntas hända och även tydligt vet om och när hen ska ta ny kontakt. Förväntat förlopp ska patienten både få muntligt och i den skrivna journalanteckningen. Genom detta arbetssätt tror vi att patienten kan vara en egen barriär mot eventuell vårdskada.

I våra egna återkommande patientnöjdhetsmätningar uppmanas patienten ge förbättringsförslag och/eller kommentera det de inte är nöjda med. Vi är alltid lyhörda för om patienten eller närstående uttrycker klagomål eller har synpunkter. Om vi inte direkt kan besvara dessa klagomål eller farhågor tas frågan vidare genom en avvikelserapport och senare återkoppling.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

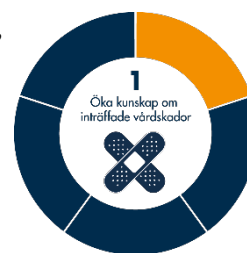
Egenkontroller är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och ett område vi ständigt arbetar med och utvecklar:

- Årliga och strukturerade internrevisioner av verksamheterna. Under 2021 internreviderades >98% av verksamheterna och vi ser detta som en del i en kommande kvalitetscertifiering
- Systematiskt arbete med att uppmuntra och följa upp avvikelser i verksamheten. Sker såväl kontinuerligt i samband med identifierade risker och inträffade negativa händelser, som på varje APT där vi tillsammans diskuterar 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 bedöms nödvändiga,
- Samtliga verksamheter inom primärvården rapporterar till Nationella Diabetes-Registret (NDR) och jämför regelmässigt sina resultat med varandra och genomsnitt i respektive Region. Allt fler verksamheter rapporterar också på motsvarande sätt till Luftvägsregistret,
- Systematiskt kvalitetsarbete inom olika sjukdomsgrupper (diabetes, hypertoni, KOL, mångsökare) samt förskrivning av beroendeframkallande respektive olämpliga läkemedel till äldre 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. Den minskning av andel patienter med registrerade mätvärden vi såg under första pandemiåret har stannat upp och vi närmar oss nu den registreringsgrad vi hade före pandemin.
- Samtliga verksamheter genomför minst 2 gånger per år egna patientnöjdhetsmätningar, och vi deltar i de nationella mätningarna (NPE),
- Lokalt följer vi årligen upp den totala antibiotikaförskrivningen (STRAMA-målet),
- Läkarna följer regelbundet upp sitt eget förskrivningsmönster av läkemedel,
- Systematisk uppföljning av nya medarbetares journalföring,
- Systematiska journalgranskningar har påbörjats och utökas successivt inom affärsområdet,
- Regelbundna loggkontroller och logganalyser,
- Årlig revidering av behörighetstilldelningen till våra journalsystem och andra system som hanterar personuppgifter.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker?

Vi har inom Capio Närsjukvård ett enhetligt och i samtliga verksamheter implementerat system för avvikelshantering, Centuri (vårt ledningssystem). Fyra av de regioner där vi är verksamma kräver i sina ackrediteringsvillkor att våra verksamheter ska använda regionens avvikelshanteringssystem. Detta medför att vi som vårdgivare har svårigheter att få överblick över avvikelser från dessa regioner, vilket i sin tur begränsar våra möjligheter till ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det finns i ledningssystemet ett styrande dokument för rapportering och hantering av avvikelser **”Rutin för avvikelse- och klagomålshantering”**.

Vid befarad eller inträffad avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen (eller av denne utsedd handläggare) som utreder händelsen, 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). Vid mer allvarliga eller omfattande avvikelser initieras en händelseanalys.

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

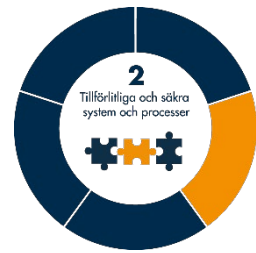
Allvarlighetsgrad

| | | Katastrofal allvarlighetsgrad | Betydande allvarlighetsgrad | Måttlig allvarlighetsgrad | Mindre allvarlighetsgrad |
|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Sannolikhet för uppre- pning | Mkt stor sannolikhet | 0 | 3 | 14 | 249 |
| | Stor sannolikhet | 0 | 19 | 154 | 310 |
| | Liten sannolikhet | 1 | 82 | 651 | 1047 |
| | Mkt liten sannolikhet | 9 | 76 | 485 | 1780 |

Figur 1. Antal avvikelser 2021 fördelade utifrån riskmatrisen (grad av allvarlighet samt sannolikhet för upprepning)

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

Vi har identifierat några områden där systematiskt patientsäkerhetsarbete och lärande utifrån händelser och vårdskador integreras i verksamhetsutvecklingen:

- **Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.** Genom att mäta och följa upp förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel har vi dels kunnat minska själva förskrivningen, dels skapat arbetssätt på vårdcentralerna som minskar patienternas efterfrågan av dessa läkemedel. Det handlar exempelvis om att såväl sköterskor i telefon, psykosociala resurser som läkare är samstämmiga och ger samma budskap och att läkarna i samband med nyförskrivning kräver ett patientkontrakt.
- **Rondning/teamarbete.** Under pandemin, och även som en del i vår mer långsiktiga digitalisering, handläggs och förbereds alltfler patientkontakter i team och genom så kallad rondning. Utifrån avvikelserapporter och händelseanalyser i flera verksamheter har vi sett risker för såväl otydlig informationsöverföring som otydlig ansvarsfördelning i samband med rondning och teamarbete. Genom att införa ett mer strukturerat sätt – inspirerat av SBAR – att hantera och dela information under rondning/i teamet och även tydliggöra vem som har ansvar för uppföljande kontakt/återkoppling och med vad förväntar vi oss en ökad patientsäkerhet.
- **Suicidriskbedömningar.** En erfarenhet som återkommit i flera händelseanalyser är att suicidriskbedömningar saknas eller är ofullständiga. Detta är nu ett område som vi fortlöpande uppmärksammar och pratar om tillsammans med både våra läkare och psykologer. Inom Capio Närsjukvård har vi introducerat psykologiskt ledningsansvariga (PLA) och nätverk för våra psykosociala resurser, vars uppgift exempelvis är att öka förståelsen för och efterlevnaden av att genomföra och dokumentera suicidriskbedömningar i kontakter med patienter med depression och/eller ångest.
- **Antibiotikaförskrivning.** Genom att systematiskt mäta och följa upp både vår egen antibiotikaförskrivning (genom egna QPIer) och den samlade förskrivningen (STRAMA) har vi successivt år från år kunnat minska den totala förskrivningen och bidra till minskad risk för antibiotikaresistens.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Inför större förändringar i våra verksamheter genomförs alltid en behovs- och riskanalys. Det kan gälla förändringar i form av nya digitala arbetssätt men också mindre förändringar i befintlig verksamhet. I analysen identifieras samtliga de risker som kan uppkomma i samband med förändringen. Riskerna graderas utifrån allvarlighetsgrad respektive risk för upprepning. För de risker som får ett värde på 8 eller högre alternativt får en fyra på allvarlighetsgrad eller risk för upprepning görs en fördjupad analys och en åtgärdsplan arbetas fram.

I vårt arbete med avvikelser har vi ökat fokus på att arbeta proaktivt genom att stimulera rapportering av risker och nästan-händelser. Detta gäller även vårdskador som leder till anmälningar enligt lex Maria, där alltfler av anmälningarna just gäller risk för allvarlig vårdskada.

44% av våra avvikelser är av typen negativ händelse/olycka, 24% vardera kategoriseras som risk respektive klagomål. Resterande har bedömts som tillbud.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Vi har ett aktivt lärande utifrån våra anmälningar enligt lex Maria, journalgranskningar som görs periodiskt av såväl all nyanställd och inhyrd personal, som mer systematiskt och i ökad utsträckning i verksamheterna. Vi arbetar också med nationella register (exempelvis Nationella diabetesregistret och Luftvägsregistret) samt PrimärVårdsKvalitet (PVK) och vårt eget QPI-verktyg i Medrave.

Ett lärande exempel, utifrån avvikelserapporter och händelseanalyser, presenteras varje månad för alla våra medarbetare på vårt intranät Pulsen. Dessa lärande exempel sprider dels kunskap om själva händelsen dels delas förslag till förebyggande insatser/åtgärder.

Avvikelse

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Vid risk för eller inträffad avvikelse i verksamheten rapporterar medarbetaren i avvikelshanteringssystemet och anmälan går till verksamhetschefen (eller av denne utsedd handläggare) som utreder händelsen, 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). Vid mer allvarliga eller omfattande avvikelser initieras en händelseanalys.

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

Under hösten inkom 2 allvarigare avvikelser från 2 olika verksamheter där vi kunde se ett samband med den intygsmodul som finns via Webcert. Kontakt togs med Inera och förbättringsåtgärder har via dem snabbt initierats.

Antal ärenden 2021

| Region/Landsting (antal enheter) | Avvikelser | Patient- nämnden | IVO | Lex Maria |
|-------------------------------------|-------------|---------------------|------------|--------------|
| Region Blekinge (1) | 26 | 4 | 0 | 0 |
| Region Gävleborg (3) | 141 | 52 | 2 | 0 |
| Region Kronoberg (1) | 21 | 12 | 1 | 0 |
| Region Uppsala (3) | 99 | 22 | 3 | 0 |
| Region Västerbotten (2) | 138 | 23 | 2 | 0 |
| Region Västmanland (2) | 98 | 17 | 1 | 0 |
| Region Östergötland (3) | 115 | 13 | 2 | 0 |
| Region Halland (5) | 198 | 46 | 8 | 3 |
| Region Skåne (30) | 1256 | 262 | 35 | 9 |
| Region Stockholm (38) | 1606 | 285 | 27 | 6 |
| VG-Region (21) | 1162 | 129 | 28 | 3 |
| Region Örebro (2) | 241 | 14 | 2 | 0 |
| Region Värmland (4) | 175 | 28 | 2 | 0 |
| Capio Go | 83 | 0 | 0 | 1 |
| Summa | 5359 | 907 | 113 | 22 |

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Alla klagomål, oavsett om de inkommer direkt från patient eller närstående, från Patientnämnden, IVO eller är en begäran från LÖF-Patientförsäkring där det identifieras en vårdskada (eller risk för) i egen verksamhet, registreras i avvikelshanteringssystemet och handläggs där.

Under året har 113 klagomål från enskilda (patienter/närstående) inkommit via IVO. 75 av dessa (67%) har IVO direkt avslutat och överlämnat till vårdgivaren att besvara.

22 anmälningar (varav 9 med identifierad risk för allvarlig vårdskada) enligt Lex Maria har gjorts. Dessa händelser rör huvudsakligen försenad utredning/diagnos

av tumörsjukdomar och i några fall bristande kunskap och följsamhet till SVFer (sammanhållna vårdförlopp).

Vi har under 2021 anmält 3 läkare och 3 sjuksköterskor till IVO enligt PSL 3 kap §7 (individer som utgör en risk för patientsäkerheten).

Klagomål och synpunkter är inkluderade i sammanställningen ovan.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Detta är ett område som vi i Capio Närsjukvård hittills endast i begränsad utsträckning arbetat med men där vi ser ett ökat behov av medveten strategi och arbete. Ett viktigt område är att inte öka subspecialiseringen (framför allt sjuksköterskor) i primärvården, utan istället få en satsning på "allmän" sjuksköterskor med bred kompetens. Detta för att ha en flexibel bemanning och kompetens både vid kort- och långsiktiga förändringar (vi har noterat en tendens att vårdval och kunskapsstyrningen styr allt mer mot specialiserade sköterskemottagningar kombinerat med certifieringar, exempelvis diabetes, Astma/KOL och hjärtsvikt). Ett annat område vi kommer att arbeta med är att i samband med planerade förändringar tidigt initiera riskanalyser där medarbetarna görs delaktiga.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Vi gläds åt att konstatera att det hos våra medarbetare finns ett ökat och starkt engagemang för patientsäkerhetsfrågor. Antalet rapporterade avvikelser fortsätter öka (+8,2% 2021 jmf. 2020) och 90% av medarbetarna deltog i patientsäkerhetskulturmätningen.

Det finns dock fortsatt stora variationer i antal rapporterade avvikelser per medarbetare mellan olika verksamheter, och även patientsäkerhetskulturen behöver stimuleras och förbättras.

Fokusområden för 2022

- **Lärande av avvikelser**

Målet är att utveckla lärandet av avvikelser genom att såväl inom Capio-regioner som inom hela affärsområdet regelbundet sprida och dela lärande exempel med andra vårdcentraler och mottagningar. Följs upp årligen i samband med internrevision och vid årsskifte inför patientsäkerhetsberättelse.

- **Journalgranskning**

Målet är att utveckla de systematiska journalgranskningarna så att alla verksamheter minst en gång årligen genomför en systematisk journalgranskning av samtliga journalförande professioner i verksamheten. MALar och verksamhetschefer introduceras i processen via regionledningarna och genomför granskningen lokalt. Följs upp årligen i samband med internrevision.

- **Tillgänglighet**

100% tillgänglighet är enligt vår bedömning en grundförutsättning för hög patientsäkerhet. Att inte ge alla patienter möjlighet till en första bedömning i telefon eller chatt samma dag de kontaktar är en patientsäkerhetsrisk. Målet är att alla patienter ska få kontakt samma dag, oavsett vilken kontaktväg man väljer. I telefon ska ingen patient mötas av "fylld kö" och behöva ringa igen. I chatten ska vi ha max 15 minuters väntetid till första återkoppling. En kontakt, sedan bär vi ansvaret – dvs patienten ska inte behöva ringa åter för att få en första kontakt eller kontakt för uppföljning. Vi har detta som ett patientlöfte och alla verksamheter följs veckovis och månatligen upp på sina resultat.

- **Patientsäkerhetskulturen**

Målet är att öka HSE-index från 80 till minst 82 för affärsområdet som helhet, samt ingen verksamhet med HSE-index ≤ 70 . Det görs genom att i alla verksamheter strukturerat under året arbeta med de framgångsfaktorer vi identifierat inom Capio Närsjukvård. Följs upp vid den årliga HSE-mätningen i november.

- **Skriva till patienten – "förväntat förlopp"**

Målet är att alla medarbetare under året regelbundet anammar arbetssättet att alltid kommunicera "förväntat förlopp" till sina patienter. Detta görs både muntligt och i journalanteckningen. Följs årligen upp i samband med de systematiska journalgranskningarna.

- **Patientens delaktighet**

Målet är att i större utsträckning involvera patienten i arbetet med avvikelser, i första hand genom att alltid ta med patienten i arbetet med händelseanalyser – och då inte enbart i samband med anmälan enligt lex Maria. Ett annat mål är att involvera patienterna mer strukturerat i vårt förbättringsarbete. Detta kan exempelvis göras genom intervjuer enskilt eller i grupp. Följs upp genom att följa upp genomförda händelseanalyser och identifiera patientmedverkan, samt följa antal patientintervjuer kopplat till förbättringsarbete.

Bilaga 1

Förteckning över vårdgivare tillhörande Capio Närsjukvård

Juridiska personer som ingår i Capiokoncernen, samt läkare verksamma enligt LoL eller på andra egna avtal med region och som omfattas av denna Patientsäkerhetsberättelse:

| | |
|--|-------------|
| Capio Curera AB | 556776-9822 |
| Capio Familjeläkarna Falkenberg AB | 556685-3726 |
| Capio Go AB | 556870-2434 |
| Capio Hälso- och Sjukvård AB | 556668-2547 |
| Capio Läkarhus AB | 556640-5592 |
| Capio Hälsocentral Norrlandskliniken AB | 556806-0965 |
| Capio Norrlandskliniken AB | 556751-0655 |
| Capio Norrlandskliniken Radiologi AB | 556768-1282 |
| Capio Norrlandskliniken Företagshälsa AB | 559056-8449 |
| Capio Nova AB | 556329-1896 |
| Capio Nova Företagshälsa AB | 556388-1803 |
| Capio Nova Hälsoval AB | 556478-1473 |
| Capio Nova Sjöstaden AB | 556452-5250 |
| Capio Närsjukvård AB | 556422-0860 |
| Capio Närvård AB | 556543-2878 |
| Capio Primärvård AB | 556570-3468 |
| Capio Sjukvård AB | 556527-3751 |
| Capio Vårdcentral Gävle AB | 556591-8355 |
| Capio Johannelunds Vårdcentral AB | 556668-7454 |
| Capio Vårdcentral Kista AB | 556736-4202 |
| Capio Vårdval AB | 556820-9968 |
| Göingekliniken AB | 556831-0329 |
| Hälsoval Bergaliden AB | 556832-9113 |

Carl-Johan Lindholm, Lund (avslutade 31 juli 2021)

Jörgen Thulin, Lund (avslutade 31 juli 2021)

Göran Lewin, Lund (avslutade 31 december 2021)

Michael Wiren, Halmstad

Lars Wetter, Halmstad

Barbara Densert, Halmstad

Barbara Flur, Vårberg (avslutade 31 januari 2021)

Bilaga 2

Nyckeltal 2021

- Vid utgången av 2021 var 907 602 patienter listade på våra vårdcentraler och 52 482 barn listade på våra BVCer.
- Under 2021 gjordes nästan 3 miljoner patientbesök till våra olika kompetenser (varav 875 000 läkarbesök, 1 738 000 besök till sjuksköterska varav 548 000 vaccinationer, 279 000 besök till paramedicinska kompetenser (fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist) samt 96 000 besök till psykolog/kurator). Därutöver ett stort antal besök till BVC och MVC.
- Året 2021 har fortsatt varit starkt präglad av den pågående Coronapandemin, vilket inneburit fortsatt färre fysiska kontakter än förväntat.
- Under 2021 genomfördes 713 000 digitala patientkontakter (jmf 481 000 år 2020). Majoriteten av dessa (623 000) gjordes direkt med den vårdcentral man är listad på och övriga (90 000 var till vår nationella digitala tjänst Cario Go).