

**NÄSETS
LÄKARGRUPP**

Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Näsets Läkargrupp KB
2020-02-20
Kerstin Romberg

Innehåll

Sidan

1. Om Näsets Läkargrupp	3
2. Övergripande mål	3
3. Organisation och ansvar	4
4. Samverkan för att förebygga vårdskador	4
5. Patienters och närståendes delaktighet	4
6. Hälsa och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	5
7. Klagomål och synpunkter	5
8. Egenkontroll	6
9. Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
10. Riskanalys	8
11. Utredning av händelser – vårdskador	8
12. Informationssäkerhet	9
13. Resultat	9
a. Avvikelser	
b. Klagomål och synpunkter	
c. Övrigt patientsäkerhetsarbete	
14. Mål för kommande år	11

1. Om Nässets Läkargrupp

Nässets Läkargrupp är en privatägd vårdcentral som bedrivs som Hälsovalsenhet inom Region Skåne. Verksamheten omfattar en vårdcentral samt en filial med specialmottagningar i Höllviken och en filial för vårdcentralsverksamhet i Skanör. BVC-verksamheten inhyses i kommunens familjecentral i Höllviken.

Verksamheten har specialistläkare i allmänmedicin, endokrinologi och ortopedi, distriktssköterskor, fysioterapeuter, dietist och arbetsterapeut. Vi har psykologer och kurator med KBT-utbildning. Vi erbjuder barnhälsovård, astma/KOL-, diabetes-, hjärtsvikt- och vaccinationsmottagning. För de äldre över 75år har vi en äldremottagning och för dem som har svårt att ta sig till oss kan vi erbjuda hembesök. Vi utför även hälsokontroller för både företag och privatpersoner.

Nässets Läkargrupp bedriver också skolhälsovård på kommunens grundskolor och gymnasieskola samt hemsjukvård i hemmet och på ett stort antal vårdboenden i kommunen.

Vid utgången av 2019 var totalt 24 568 patienter listade vid Nässets Läkargrupp, en ökning med 381 patienter jämfört med föregående år (24 187).

2. Övergripande mål

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Nässets Läkargrupp arbetar kontinuerligt för att öka patientsäkerheten på alla nivåer inom verksamheten och med fokus på patientens bästa. Medarbetarna är engagerade och har en gedigen kompetens. Det ges fortlöpande möjlighet till vidareutbildning för alla yrkeskategorier för att ytterligare förbättra och säkerställa att patienten får en adekvat och säker vård.

Våra övergripande mål för **2019** var att:

- Patientens säkerhet skall alltid stå i fokus
- Undvika allvarliga vårdincidenter
- Rapportera alla tillbud och avvikelser
- Regelbundet genomföra riskanalyser
- Upprätthålla kontinuerlig fortbildning utifrån medarbetarens behov och erfarenhet
- Arbeta för att utveckla mottagningsverksamheten för våra äldre listade patienter.

Avvikelse rapporteringen fyller en viktig funktion i vårt dagliga arbete för att öka patientsäkerheten. Vi förbättrar och utarbetar rutiner och instruktioner som ett resultat av vår noggranna avvikelse rapportering och utvecklar på så sätt vården på ett positivt sätt för både patient och personal.

3. Organisation och ansvar

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

Ledningen för Nässets Läkargrupp har det övergripande ansvaret för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. Ytterst ansvarig är Verksamhetschefen. Inom organisationen finns medicinskt ansvarig läkare samt personal som arbetar med kvalitetsarbete och avvikelshantering. All personal som arbetar på Nässets Läkargrupp har ansvar för att rapportera avvikelser såväl interna som för extern part. Likaså åligger det alla medarbetare att ta emot och fånga upp synpunkter och klagomål från patienter och andra intressenter.

4. Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Målet för vårdssamverkan är att patienten och närstående ska känna trygghet och vara nöjda med vården och omhändertagandet som vi tillsammans med andra samarbetspartners (t ex SUS Malmö Lund, Trelleborgs lasarett och Vellinge kommun) står för. Det finns tydliga samverkansöverenskommelser för respektive vårdgivares ansvarsområden. Samverkan sker genom samarbetsavtal och regelbundet återkommande möten.

För att optimera kommunikationen och informationsöverföringen mellan de olika vårdgivarna finns tex:

- Ett gemensamt journalsystem för primärvården (PMO)
- Rutiner gällande informationsöverföringen vid in- och utskrivning av patient (SVPL)
- Tillgång till Nationella Patient Översikten (NPÖ)
- Rutiner gällande upprättandet och distribueringen av läkemedelsberättelser och utskrivningsmeddelande till patient, primärvård och kommunal vård
- Rutiner gällande hanteringen av in- och utgående remisser
- Regelbunden uppföljning och kontroll av inkomna svar av utgående remisser och prover
- Omfattande samverkan avseende läkemedelsgenomgångar (hemsjukvård, läkare och apotekare)

Som privat vårdgivare inom Regions Skånes Hälsoval, har vi kontakt med olika stödfunktioner som tex Smittskydd, Vårdhygien, Strama och Patientnämnden.

5. Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Nässets Läkargrupp värdesätter en bra kommunikation mellan patient och personal. Genom att ha en dialog med våra patienter kan vi förebygga uppkomsten av vårdskador.

Vi uppmuntrar våra patienter och deras närstående att komma med synpunkter och förbättringsförslag till vår verksamhet.

På varje enhet har vi placerat en ”åsiktslåda” där man kan lämna sina synpunkter skriftligen. Likaså finns det på vår hemsida, www.nasteslakargrupp.se, en mailadress (kontakt@nlg.nu) som kan användas av patienter som önskar lämna synpunkter på verksamheten.

I händelse av skada informeras alltid den berörda patienten om händelsen, samt om vilka rättigheter som han/hon har. Patienten och eventuell närstående erbjuds alltid möjlighet till att samtala om händelser som inträffar. Alla patienter som önskar kontakt med personal i ledande funktion med anledning av händelser, synpunkter på verksamheten, klagomål eller annan anledning kontaktas alltid per telefon eller erbjuds personligt möte.

6. Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Vid inträffad avvikelse i verksamheten, patientskada eller klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp skall den medarbetaren som tar emot informationen rapportera densamma till den som är ansvarig för avvikelshantering och som i sin tur initierar en händelseanalys och involverar relevant personal. Verksamhetschefen och ledningen tar del av samtliga avvikelserapporter.

För att underlätta rapporteringen tillhandahåller företaget på vår gemensamma server en specifik blankett för avvikelse- och tillbudsrapportering. Blanketten finns också i pappersformat på alla tjänsterum vilket gör den lättillgänglig inom verksamheten och väl känd av all personal. Alla inkomna avvikelser registreras och kategoriseras. På detta sätt kan vi identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamheten och därefter kan vi upprätta handlingsplaner för att minimera och eliminera vårdskador.

Medarbetare som rapporterar avvikelser får alltid återkoppling på sina inlämnade rapporter. Övriga medarbetare får information vid de olika yrkeskategorimötena. Via veckobrev som distribueras till alla medarbetare presenteras också kvartalsvis en sammanställning av de senaste rapporterna. Vi uppmuntrar alla våra medarbetare att rapportera avvikelser och risker. Vi ser avvikelserna som en del i vårt förbättringsarbete och en mycket viktig del i det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet.

7. Klagomål och synpunkter

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

Alla synpunkter och eventuella klagomål som inkommer till Nässets Läkargrupp tas omhand och analyseras och alla som hör av sig kontaktas oftast via telefon eller erbjuds ett personligt möte. Alla kontakter registreras och ingår som del i den årliga avvikelsestatistiken.

Ärenden som inkommer via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) hanteras utifrån direktiv om åtgärder som ges i samband med underrättelse av en anmälan.

8. Egenkontroll

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

Egenkontrollen av patientsäkerhetsarbetet under året följs regelbundet upp av verksamhetschefen och ledningsgruppen och är en stående punkt på ledningsmöten.

- Vi följer omgående upp alla synpunkter och eventuella klagomål som kommer från patienter, anhöriga och personal.
- Avvikelser registreras, utreds/analyseras och åtgärdas efter hand som de rapporteras in.
- Smittskyddsenheten utför hygienronder på respektive enhet med ca 1-2 års mellanrum.
- Interna miljörevisioner görs en gång om året på respektive enhet.
- I samband med miljörevisionen kontrolleras också efterlevnaden av GDPR.
- Patientnämndens kvartalssammanställningar följs nogsamt upp av Verksamhetschef och Medicinskt ansvarig läkare och åtgärder genomförs vid behov.
- I företagets ledningssystem finns checklistor för internkontroll av delar i verksamheten. All medicinteknisk utrustning kontrolleras dagligen där så krävs. Vissa kontroller såsom brandrondring utförs månatligen. Dessutom har vi en årlig servicegenomgång av medicinskteknisk utrustning som ytterligare förstärker egenkontrollen.
- Representant från ”Strama” med uppdraget att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling besöker oss två gånger om året.
- Vi deltar årligen i Nationella Patientenkäten.
- Vi deltar i Equalis kvalitetsuppföljning.
- För att kunna göra kvalitetskontroller avseende vård och behandling för olika patientkategorier använder vi oss av Medrave, ett rapporteringsverktyg för primärvården som är kopplat till journalsystemet PMO.
- Vi har regelbundna diskussioner inom alla yrkeskategorier angående arbetssätt, förhållningssätt och attityder för att förebygga kvalitetsbrister.
- Vi är måna om att ge snabb, god service till våra listade patienter.

Målgruppsundersökningar och granskningar

Näsets Läkargrupp använder sig av följande undersökningar och metoder för att identifiera uppkomna vårdskador och förbättringsområden:

- Enkätundersökningar för patienter (NPE)
- På varje enhet finns en ”åsiktslåda” ägnat åt våra listade patienter och där vi välkomnar synpunkter såväl positiva som negativa. Alla som lämnat kommentarer denna väg kontaktas via telefon.

Nationella kvalitetsregister

Vi medverkar i följande nationella kvalitetsregister:

- SweDem (registrering av personer med demensdiagnos)
- Nationella Diabetesregistret

- Luftvägsregistret
- Rikssvikt

De ovan nämnda undersökningarna samt registren ingår i sk ”öppna jämförelser”. Detta innebär att våra resultat kan jämföras med andra verksamheter.

9. Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

2019 års systematiska förbättringsarbete för att öka patientsäkerhet

Patientens säkerhet skall alltid stå i fokus och för att uppnå våra mål avseende patientsäkerhet har verksamheten under året arbetat med följande:

- Regelbunden kommunikation med- och information till våra medarbetare.
- Regelbunden översyn och uppdatering av arbetsrutiner (bl a med hjälp av mallar och checklistor).
- Riskanalys genom rond på respektive enhet, har genomförts och dokumenterats. Riskanalysen sammanfattas, utvärderas och åtgärdas initialt av skyddskommitten.
- Mallar för dokumentation av olika diagnoser som luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner har införts i journalsystemet.
- För att öka antalet läkemedelsgenomgångar har ett arbete genomförts tillsammans med apotekare..
- Regelbunden uppföljning av antibiotikaförbrukningen (Strama).
- Avvikelseblanketten har gjorts mer tillgänglig för personalen på respektive arbetsrum samt på intern server.
- Regelbunden återkoppling av avvikelser via veckobrev (årsvis, kvartalsvis), på verksamhetens olika möten samt personlig återkoppling till varje enskild rapportör av avvikelser – detta för att öka medvetenheten hos medarbetarna.
- Vidareutveckling av sjuksköterskeledd bedömningsmottagning.
- Kompetenshöjande utbildningar (både interna och externa) inom samtliga yrkeskategorier.
- Förbättrat rutiner och flöden i mottagningen då det gäller akuta infektionssjukdomar.
- Ett ”akutspår” -team med läkare och sjuksköterska som tar emot patienter som kommit till mottagningen utan att ha bokat tid har införts.
- Dokumenterat och infört tydliga rutiner med anledning Dataskyddsförordningen. All personal får regelbundet information och påminnelser om regelverket kopplat till GDPR.
- ”Åsiktslåda” på varje enhet där patienterna skriftligen kan lämna synpunkter eller klagomål.
- Infört en e-postadress (kontakt@nlg.nu) på vår hemsida dit våra patienter kan vända sig med sina synpunkter de vill delge oss.
- Årlig repetitionskurs i HLR (hjärtlungräddning) för samtliga anställda.

- En Äldremottagning för våra äldre patienter har inrättats för att förbättra och förenkla tillgängligheten.

Vi arbetar ständigt för att våra patienter skall vara nöjda med såväl bemötande som behandling. Vi strävar efter att ha en bra och konstruktiv dialog med våra patienter för att förbättra patientsäkerheten.

10. Riskanalys

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

Varje år genomförs en större riskanalys via rond och där vi går igenom väsentliga delar av verksamheten. Till vår hjälp har vi dels en checklista anpassad för primärvårdverksamhet samt vårt ledningssystem där resultaten registreras. Identifierade risker analyseras och värderas direkt varpå åtgärder sätts in för att göra förbättringar. Det viktigaste i detta arbete är att förebygga att oplanerade händelser inträffar, att identifiera grundorsaken till eventuella avvikelser och att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera vårdskadorna.

Nästes Läkargrupp har följande rutiner för att identifiera riskmoment inom verksamheten:

- Daglig riskinventering och kontroll av medicinteknisk utrustning
- Regelbundna riskanalyser som genomförs via rond på de olika enheterna
- Regelbundna internrevisioner kopplat till miljö, GDPR mm.
- Sammankomster för de olika yrkeskategorierna där vi diskuterar hur vi utför vårt arbete och hur vi kan göra det på ett än mer säkert sätt

Som exempel görs riskanalyser som kan kopplas till:

- Ordinarie arbetsmiljö (fysisk och psykosocial)
- Nya arbetsmoment eller rutiner
- Daglig verksamhet
- Patientsäkerhet
- Personalsäkerhet

Som ett resultat av en riskanalys och i händelse av hot eller våld mot vår personal så införskaffades under 2019 personlarm som nu finns utplacerade på alla företagets enheter.

11. Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under året har vi från Patientnämnden fått några ärenden rörande patienter som inte varit nöjda med den erhållna behandlingen/vården eller med bemötandet från vårdpersonalen.

Alla ärenden har nogsamt utretts och i samtliga fall har det skett en återkoppling till patienten. Vi har också mottagit klagomål gällande bristfällig vård som inte varit direktrelaterat till vår verksamhet och legat utanför vår kontroll.

Från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har det inkommit två anmälningar varav det ena fallet som gällde ”bemötande” och som lämnades utan åtgärd och utredning från IVO’s sida. Den andra anmälan rörde behandling av ett sår och var också föremål för en Lex Maria-anmälan från företagets sida. Händelsen resulterade i flera åtgärder, bl.a. utbildningsinsatser för olika personalkategorier och förändring av rutiner kring dokumentation.

12. Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Näsets Läkargrupp har avtal med Advania AB som ansvarar för informationssäkerheten kopplat till vårt nätverk och våra datorer. Advanias uppdrag är att förutom att upprätthålla säkerheten också att supportera, utveckla och underhålla nätverkets infrastruktur.

Näsets Läkargrupp’s klienter och servrar har antivirusprogram installerade för att förebygga olika hot. Brandväggar finns för in- och utgående kommunikation på varje enhet/mottagning. Dessa sammanbinder kontoren med VPN.

I händelse av intrång eller annan skada på server hanterar Advania AB detta enligt följande process:

1. Identifikation händelse
 - a. **När** inträffade händelsen?
 - b. I vilken **omfattning** har intrånget eller skadan skett?
 - c. Hur har intrånget **skadat** våra system?
2. Vilka **åtgärder** har satts in?
3. Vilka kontroller har gjorts och görs för att följa upp händelseförloppet?
4. Hur har vi följt upp händelsen?
5. Incidentrapport
6. Råd till Näsets Läkargrupp om huruvida **rapportering** till **Datainspektionen** ska ske inom 72 timmar.

Under 2019 bytte vi vår huvudserver vilket har resulterat i ett säkrare system, bättre prestanda och en högre kapacitet. Själva journalsystemet (PMO) i vilket alla patientjournaler och data finns lagrad ligger externt på Region Skånes server.

Medicinskt ansvarig läkare gör regelbundet stickprovundersökningar gällande journaldokumentation.

13. Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

a. Avvikelser

Näset Läkargrupp har närmare 25 000 listade patienter och ca 84 tillsvidareanställda medarbetare. Vi har under åren varit noggranna och informerat alla anställda om att avvikelser alltid skall rapporteras när en oönskad händelse inträffar.

Under 2019 startade vi upp ett projekt för att alla avvikelser man upptäcker också skall rapporteras. Projektet är ännu i sin linda men rapporteringsfrekvensen av internt rapporterade avvikelser ökade med 70% mellan 2018 och 2019. Vi ser denna utveckling som positiv och ett led i att vidareutveckla och förbättra verksamheten – både för patienter och för personal.

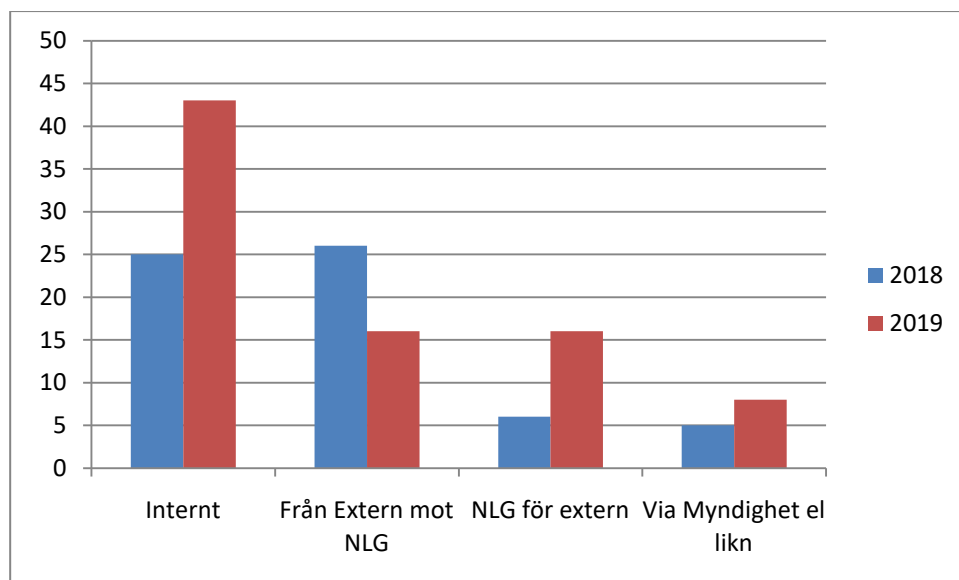


Bild: Avvikelser rapporterade för 2018 och 2019.

- De enskilt vanligaste interna avvikelserna är kopplade till någon form av *administration* följt av *behandling/patient* och sedan *lab*.
- Skriftliga avvikelser från extern part mot NLG har minskat jmf med föregående år och flertalet är kopplade till *behandling/patient*.
- Vi har blivit bättre på att rapportera avvikelser för extern part och dessa avvikelser är vitt spridda och rör bl.a. *behandling/patient*, *transport*, *postgång*, *sjukresor*, *läkmedel*.
- Under 2019 fick vi totalt åtta ärenden via myndighet eller liknande. Fem ärenden från *Patientnämnden* och tre anmälningar från *IVO*. Utöver detta gjorde vi en egen Lex Maria-anmälan.

b. Klagomål och synpunkter

Majoriteten av klagomål/synpunkter från patienter under 2019 kopplades till kategorin vård/behandling, dvs man uttryckte på något sätt sitt missnöje med den vård och behandling man erbjudits.

Några patienter var inte nöjda med tiden det tog att tex bli uppringd av läkare för att få provsvar. Andra hade synpunkter på vårt arbetssätt och våra rutiner.

I de allra flesta fall har patienterna full förståelse och uppskattar när vi förklarar hur vi arbetar och också måste arbeta. Vi är i många fall beroende av andra enheters återkoppling tex provsvar från olika laboratorier och där vi inte kan påverka tiden det tar.

Totalt registrerade vi 43 samtal där vi återkopplade på klagomål eller synpunkter från patient/anhörig.

Synpunkterna kunde kopplas till nedan områden:

Bemötande	4
Vård/behandling	12
Intyg	2
Journalanteckning	2
Rutiner	8
Tillgänglighet	4
Återkoppling läkare	6
Övrigt	5
	43

c. Övrigt patientsäkerhetsarbete

Som ett led i att öka tillgängligheten men också patientsäkerheten för våra äldre listade patienter, så har vi under 2019 öppnat en Äldremottagning. Verksamheten riktar sig i första hand till multisjuka äldre över 75 år som inte har hemsjukvård, samt till deras närstående.

Mottagningsverksamheten för dessa patienter leds av sjuksköterskor med specialistkompetens för vård av äldre.

14. Mål för kommande år

Vårt mål är att fortsatt arbeta på ett sätt som alltid sätter patienten i fokus och där patientsäkerheten är avgörande och av högsta prioritet.

För att upprätthålla en god vård och service med patientsäkerheten i centrum så försätter vi på vårt inslagna spår där målet är att alla avvikelser (oavsett svårighetsgrad) rapporteras, utreds och följs upp och där vi kontinuerligt förbättrar våra rutiner och instruktioner utifrån de inträffade händelserna.

Kompetensutveckling för personalen kommer också fortsatt att vara en viktig del i vårt arbete kring patientsäkerheten. Alla yrkeskategorier kommer att erbjudas utbildning efter behov och resurser.