

**Patientsäkerhetsberättelse och  
strålskyddsbokslut  
för Praktikertjänst AB  
År 2023**



# INNEHÅLL

INNEHÅLL .....	2
VÅRDGIVAREN PRAKTIKERTJÄNST .....	4
INLEDNING .....	5
SAMMANFATTNING .....	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	8
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	8
Övergripande mål och strategier .....	8
Organisation och ansvar .....	9
En god säkerhetskultur .....	12
Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index .....	13
Best practice .....	14
Patientsäkerhetsveckan .....	14
Adekvat kunskap och kompetens .....	15
Introduktionsprogram .....	15
Utbildning .....	15
Stöd .....	15
Patienten som medskapare .....	16
Patient och närståendes delaktighet .....	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ .....	17
Obligatoriska utbildningar .....	18
Egenkontroll .....	18
Strålskärmning .....	20
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	22
Systematisk uppföljning .....	22
Hygien .....	23
Kontinuitet .....	23
Åtgärder av större betydelse för patientdatasäkerheten .....	23
Stöd och uppföljning inom strålsäkerhet .....	23
Säker vård här och nu .....	24
Riskhantering .....	24
Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
Avvikelse .....	26
Klagomål och synpunkter .....	28

Uppföljning av informationssäkerheten .....	29
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	31

## VÅRDGIVAREN PRAKTIKERTJÄNST

Praktikertjänst Tandvård är den största aktören i Sverige inom privat driven tandvård och verkar huvudsakligen inom allmäntandvård. Inom Praktikertjänst Tandvård arbetar drygt 3250 tandläkare, tandtekniker, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister vid de cirka 550 vårdverksamheter med tillståndspliktiga eller anmälningspliktiga strålkällor över hela landet. I bolaget finns även nästan 40 specialisttandläkare som representerar i stort sett samtliga odontologiska specialiteter.

Praktikertjänst Hälso- och sjukvård tillhör de största aktörerna i Sverige inom privat driven hälso- och sjukvård. Inom Praktikertjänst Hälso- och sjukvård arbetar nästan 3700 läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, dietister, barnmorskor, psykologer, kiropraktorer, arbetsterapeuter, logopedier och socionomer vid närmare 200 vårdverksamheter geografiskt spridda över hela landet. Vid tre av dessa finns tillståndspliktiga strålkällor. Av Sveriges knappt 1 200 vårdcentraler drivs närmare 550 i privat regi och av dessa drivs var sjätte i Praktikertjänsts regi.

Aktieägarna arbetar själva som verksamhetsansvariga i våra vårdverksamheter i hela landet. Praktikertjänst fanns under 2023 representerade i 220 kommuner i landets 21 regioner.

## INLEDNING

Praktikertjänst bidrar i det nationella arbetet för att upprätthålla en god och säker vård. Vi deltar aktivt i arbetet mot målet att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador.

För att lyckas med arbetet ser Praktikertjänst att god kvalitet och patientsäkerhet utvecklas i samklang med god arbetsmiljö och psykologisk trygghet i en kultur där medarbetarna tillsammans med ledningen arbetar strukturerat för ständig förbättring. Denna patientsäkerhetsberättelse inklusive strålskyddsbokslut är en del av det arbetet. Det lokala patientsäkerhets- och strålskyddsarbetet beskrivs i de lokala verksamheternas sammanställningar.

Marie Grunnesjö, kvalitetschef

*PSL 2010:659 3 kap 10 §, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §, SSMFS 2018:5 13 §*

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 bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Som ett led i patientsäkerhetsarbetet ska även ett strålskyddsbokslut upprättas. Bokslutet ska beskriva hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i



verksamhetens olika delar, vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet.

Källa:

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

## **SAMMANFATTNING**

Alla patienter hos Praktikertjänst ska känna trygghet; att vården så långt som möjligt utformats och genomförts i samråd med patienten. Under 2023 har Praktikertjänst arbetat för ökad patientsäkerhet och strålskydd där nedanstående händelser och aktiviteter ses som de viktigaste:

- Ett fortsatt högt resultat i mätningen av patientsäkerhetskultur
- Högsta resultat i patientnöjdhet i samtliga kategorier i den nationella patientenkäten för primärvård och fortsatt högt resultat i SKI's årliga mätning av patientupplevd kvalitet inom tandvård
- En utbildningsdag för samtliga verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvård har genomförts

- Patientsäkerhet och strålsäkerhet har under året fördjupats i våra introduktionsutbildningar
- Månatliga webinarier där bland annat fokus på berättigande av röntgenbildtagning inom Tandvård ingick
- Temavecka patientsäkerhet är etablerad och genomfördes enligt plan. Årets ämnen var hot och våld, journalhantering, ledningssystemet och patientsäkerhetskultur (podd)
- Antalet anmälningar enligt lex Maria har ökat - vi ser som positivt att våra verksamheter blir allt bättre på att identifiera och rapportera risker för allvarliga negativa händelser i vården
- En stigande trend för antal registrerade patientsäkerhetsavvikelser och genomförda egenkontroller av medicinska bestrålningar i tandvården
- Metoderna vid de två neurofysiologiska laboratorierna ackrediterades enligt ISO/IEC 17025:2018
- Vi har genomfört över 130 interna revisioner vid våra ca 750 vårdverksamheter
- Omorganisation och resursförstärkning av kvalitetsavdelningen med områdesspecialister
- En korsfunktionell grupp på huvudkontoret skapades för att utveckla en hållbar strategi med patienten fortsatt i centrum
- Utbildning och förbättringar i det nya ledningssystemet fortlöper
- Implementationen av koncerngemensam IT fortsatte under året vilket innebar ett ökat skydd av mottagningars digitala miljöer
- Förlängt samlingstillstånd för samtliga panorama- och CBCT utrustningar

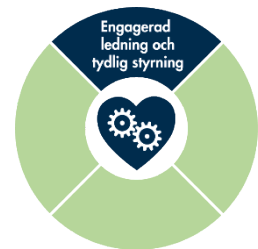
## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Praktikertjänsts vision är en långsiktigt hållbar vård för alla i hela Sverige. Vår hållbarhetsstrategi har ett strategiskt fokus på jämlik vård av hög kvalitet och engagerade vårdutövare som skapar kontinuitet och kvalitet för patienten, med stöd i dagliga processer och rutiner för att minska vår negativa påverkan på miljö och mänskliga rättigheter.

Nedan följer Praktikertjänsts beskrivning av arbetet inom de fyra grundläggande förutsättningarna i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvård och tandvård på alla nivåer. Allt kvalitetsarbete i Praktikertjänst sker utifrån att vården ska vara säker.



### Övergripande mål och strategier

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

Praktikertjänsts kvalitets- och patientsäkerhetsarbete präglas av hög beredskap och öppenhet. Grunden läggs i en sammanhängande modell för Intressent-, Risk- och Möjlighetsanalys (IRMA) som underlag för definiering av betydande krav och framtagning av mål. Arbetet som bygger på ständig förbättring har under året utvecklats ytterligare i linje med koncernens övergripande mål "En hållbar och säker verksamhet i hela Praktikertjänst för patienter, medarbetare, allmänhet och yttre miljö." Målet som gäller till och med 2024 inkluderar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet, allmän säkerhet och yttre miljö samt etiskt ansvar. Det övergripande målet har tre underliggande fokusområden:

- *Säker läkemedels- och kemikaliehantering* inkluderar patientsäkerhet, arbetsmiljö och yttre miljö
- *Säker strålmiljö* inkluderar patientsäkerhet, strålsäkerhet och arbetsmiljö
- *Säker verksamhet* inkluderar arbetsmiljö, informationssäkerhet och allmän säkerhet

De tre fokusområdena har mål och aktiviteter, och följs med en rad mått som t.ex. rapporterade risker, avvikelser och vårdskador, antibiotikaförskrivning, egenkontroller och riskbedömningar, berättigade och optimerade bestrålningar och betydande processrisker.

Den övergripande strategin med ständig förbättring innebär bland annat att Praktikertjänst centralt fortsatt stödja verksamheterna med analyser,



kunskapsförstärkning och systematisk uppföljning av bl.a. avvikelser och nationella kvalitetsregister<sup>1</sup>. Arbetet inkluderar också utveckling och förfinande av digitala verktyg för verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsuppföljning.

Patientdatasäkerhet inkluderas i de utbildningar, kravställningar och revisioner som genomförs. Koncerngemensam IT ger förutsättningar för ökad kontroll av information och därmed möjlighet att effektivt efterleva lagkrav genom hela informationsmängdens livscykel.

### **Organisation och ansvar**

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

Tydliga roller och ansvar är en grundläggande förutsättning för att framgångsrikt kunna bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. I Praktikertjänst roll som vårdgivare är vd ytterst ansvarig för koncernens patientsäkerhetsarbete och ledningssystem. I ansvaret ingår att säkerställa att organisation och styrsystem stärker arbetet inom samtliga kvalitetsområden. Uppgifter och ansvar i organisationen är beskrivna i ledningssystemet. I ledningssystemet finns bland annat kravet på signerade uppdrags- och ansvarsbeskrivningar för ledande roller i organisationen t.ex. verksamhetschef och radiologisk ledningsfunktion.

### **Verksamhetschef**

Verksamhetschef ansvarar för det lokala patientsäkerhetsarbetet och ska se till att verksamheten följer gällande lagar, förordningar och andra krav med stöd av ledningssystemet. Ansvarsbeskrivning för verksamhetschef finns i ledningssystemet. I varje verksamhetschefs övergripande ansvar ingår bland annat att säkerställa att lagar, förordningar och andra krav följs i den egna verksamheten - att arbetet fördelas, rätt kompetens finns att tillgå och att patientens säkerhet tryggas. I ansvaret ingår att följa rutiner och aktiviteter i ledningssystemet och rapportera i enlighet med verksamhetens förutsättningar. Det omfattar också ett strategiskt arbete utifrån verksamhetens mål- och handlingsplaner.

Verksamhetschef skall även bevaka verksamhetens resultat, vidta åtgärder och följa upp effekt av genomförda åtgärder. Vidare ansvarar verksamhetschef för att samtliga patienter får information om vart de kan vända sig med klagomål och synpunkter samt att sätta upp lokala rutiner, till exempel kring remisshantering.

---

<sup>1</sup> Främst de nationella kvalitetsregistren: Primärvårdskvalitet, Korsbandsregistret, Kataraktregistret, SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit) och NDR (Nationella diabetesregistret).

### **Medicinsk eller odontologisk ledningsansvarig**

I de fall verksamhetschefen inte har medicinsk eller odontologisk kompetens utser denne en medicinskt/odontologiskt ledningsansvarig (MLA/OLA) med aktuell kompetens. För att stödja denna roll har både utbildningar och nätverksträffar för lokala MLA genomförts under året.

### **Strålskyddsroller**

I de fall verksamheten använder en strålkälla är det verksamhetschefens ansvar att tillse att samtliga expertroller enligt strålskyddsregelverket alltid finns knutna till verksamheten som anställda eller via avtal. Rollerna framgår av strålskyddsorganisationen.

### **Medarbetare**

Varje medarbetare ansvarar för att följa gällande lagar och krav, och aktivt bidra till det systematiska förbättringsarbetet i verksamheten och i Praktikertjänst. Alla medarbetare har tillgång till ledningssystemet som stöd för arbetet.

### **Stödjande roller**

Huvudansvaret för såväl det strategiska som delar av det operativa arbetet med patientsäkerhet är centraliserat till kvalitetsavdelningen vars uppgift är att stötta såväl verksamheterna som servicekontoret. I det operativa arbetet ingår utredning och uppföljning av patientskador, anmälningar enligt lex Maria, patientklagomål inklusive Praktikertjänsts reklamationsnämnd och myndighetsärenden från t.ex. IVO samt lagefterlevnadskontroll, egenkontroll och riskbedömningar. Liksom det primära ansvaret för att implementera, underhålla och vidareutveckla ledningssystemet. I ansvaret ingår att upprätthålla de certifieringar och ackrediteringar som verksamheterna har behov av och att tillhandahålla support för verksamheterna samt att vara revisionsledare vid interna revisioner. Arbetet sker i nära samverkan med chefläkare, cheftandläkare och med andra avdelningar inom organisationen.

På avdelningen finns anmälningsansvariga tandläkare och läkare, kvalitetsutvecklare, kvalitetssamordnare, kvalitetshandläggare inom tandvård och hälso- och sjukvård, arkivansvarig samt specialister inom arbetsmiljö, yttre miljö, medicinteknik och strålsäkerhet.

Under året fortsatte arbetet inom Praktikertjänsts chefläkarorganisation för hälso- och sjukvård där även regionala chefläkare ingår. Även inom tandvård förtydligades och stärktes arbetet för koncernens cheftandläkare.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

I arbetet med att utveckla verksamheterna, förebygga vårdskador och att utföra en säker vård är samverkan nödvändig för ökad kunskap om vad som blir rätt. Praktikertjänst samverkar med andra vårdaktörer såväl nationellt som lokalt.

#### *Nationell samverkan*

Den nationella samverkan inkluderar att Praktikertjänst är den enskilt största rapportören till SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit) och är engagerade i registrets ledning. Vi rapporterar även till STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens), NDR (Nationella Diabetesregistret), PVQ (Primärvårdskvalitet), Luftvägsregistret och flera andra nationella kvalitetsregister. Vi deltar även i det nationella chefläkarnätverket.

Under året så initierades ett arbete för att föra över statistikverktyget Medrave till en central lösning så att Praktikertjänst på ett bättre sätt kan följa och utvärdera medicinsk kvalitet samt genom ett proaktivt arbete förebygga kvalitetsbrister i verksamheterna.

#### *Lokal samverkan*

Lokal samverkan sker med olika aktörer, till exempel annan vårdgivare, kommun och region. Samverkan sker inom olika vårdområden och vid olika skeenden i vårdprocessen och möjliggör identifiering, förbättring, förändring och utveckling av gemensamma arbetssätt.

En viktig process är såväl mottagande som överföring av information till och från andra vårdaktörer för vilken Praktikertjänst har en grafisk processbeskrivning inklusive centrala och lokala rutiner.

#### *Intern samverkan*

I arbetet med att förebygga vårdskador drar Praktikertjänst nytta av sin organisationsstruktur genom att sprida erfarenhet från risker och avvikelser via vårt gemensamma intranät. Utvalda anmälningar enligt lex Maria kommuniceras via Praktikertjänsts intranät för erfarenhetsåterföring och till stöd för ett aktivt förbättringsarbete.

#### **Informationssäkerhet – organisation och ansvar**

CISO (Chief information security officer) arbetar på uppdrag av styrelse och vd. Uppdragets kärna är förvaltning och utveckling av Praktikertjänsts systematiska arbete med informationssäkerhet (inkluderar cybersäkerhet och dataskydd). Detta styrs genom bolagets ledningssystem. Koncernen har en CISO (Chief information security officer) samt specialister inom IT-säkerhet och dataskydd för att möta utmaningar inom teknologisk och legal förändring. Koncernen har även ett Dataskyddsombud (DSO) som ansvarar för kontroll av efterlevnad av

dataskyddsförordningen. Under 2023 har rollerna CISO, IT-säkerhetsansvarig, Dataskyddsspecialist samt DSO gått samman i en informationssäkerhetsfunktion och påbörjat ett tätt samarbete för att snabbare identifiera och åtgärda incidenter och sårbarheter i patientdatasäkerheten.

### Strålskydd

Praktikertjänsts strålskyddsorganisation finns åskådliggjord och formulerad i ledningssystemet, se

bild på nästa sida. Tillståndshavaren, VD för

Praktikertjänst AB, har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten medan

verksamhetschefen ansvarar för att den lokala verksamheten bedrivs enligt gällande strålskyddslag, strålskyddsförordning, föreskrifter samt interna policys och rutiner.

Varje roll i strålskyddsorganisationen har en uppdragsbeskrivning som signeras av medarbetaren där uppgifter och samarbetsformer framgår.

Egenkontroller, riskbedömningar och lagstadgade rapporteringar inom strålskydd är uppgifter som åligger verksamhetschefen. Denne kan fördela uppgifterna till andra i verksamheten. Exempelvis rekommenderas det att radiologisk ledningsfunktion utför egenkontrollen av medicinska bestrålningar för att på så sätt följa upp arbetet inom berättigande och optimering.

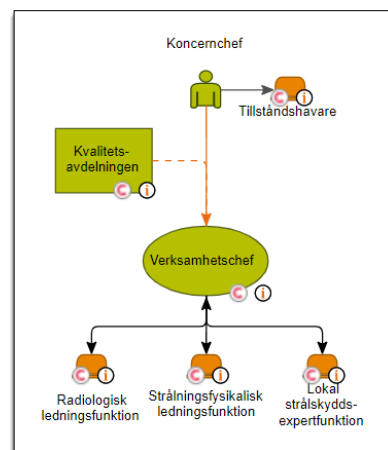
Praktikertjänst har ramavtalspartners med vilka det sker årliga samtal för att samverka i strålsäkerhetsfrågor. Typ av kontroller, mätprotokoll och flöde vid försäljning av strålkällor till Praktikertjänst är exempel på sådant som diskuteras för att få en samsyn mellan leverantör och beställare.

### En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Genom att arbeta i ett gemensamt och integrerat ledningssystem som inkluderar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö,

informationssäkerhet, allmän säkerhet och yttre miljö så stärks det systematiska utvecklingsarbetet och möjligheten till interaktivt lärande inom organisationen. Utbildning i ledningssystemet har under 2023 riktats till tandvård, tandteknik och hälso- och sjukvård genom lathundar och filmer, genomförande av kurser, stöd på plats och webinarier.



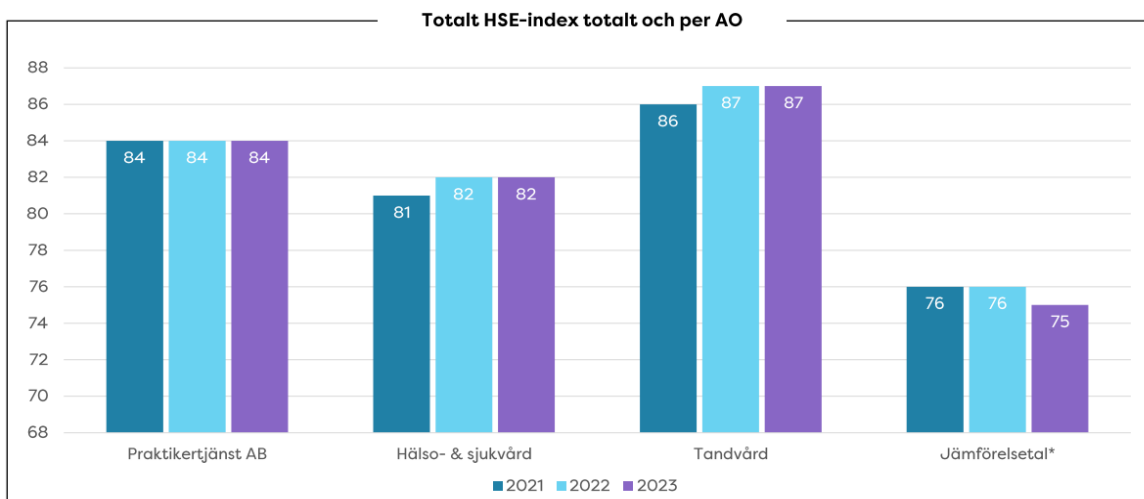
Ledningssystemets årskalender innehåller de aktiviteter som egenkontroller, riskbedömningar, utbildningar uppdatering av dokument och funktionskontroller som verksamheten ska genomföra. Arbetet i ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll, intern allmän revision (IAR), intern och extern ISO-revision. Enskilt resultat från IAR och ISO återförs till berörda verksamheter medan det sammanlagda resultatet återförs till koncernledningen vid ledningens genomgång och via intranätet till verksamheterna. Under året har den centrala sammanställningen av rapporterade avvikelser och risker publicerats på intranätet. Den öppna redovisningen av iakttagelser och resultat syftar till en levande kommunikation kring risker och ständig förbättring.

Verksamhetscheferna informerar löpande alla i verksamheten om de avvikelser och risker som registreras och återkopplar kring arbetet med åtgärder och dess effekt, på exempelvis avdelningsmöten. Alla medarbetare uppmanas till avvikelse- och riskrapportering.

### **Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index**

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mättes i samband med den årliga medarbetarundersökningen. HSE innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande hållbart medarbetarengagemang (HME) som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Frågeställningarna kompletterar HME-frågorna för en ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna utifrån både patientsäkerhet och arbetsmiljöperspektiv. Sammanlagt resultat för HSE-index är 84 varav 82 för hälso- och sjukvård och 87 för tandvård vilket är i linje med utfallet föregående år. Samtliga värden är höga och visar på en god patientsäkerhetskultur. Vi avser ändå att arbeta vidare med vår patientsäkerhetskultur i syfte att inkludera alla i det gemensamma ansvaret för patientsäkerheten.

**Figur 1.** Utfall av Hållbart säkerhetsindex (HSE) för 2023.



\* HSE publiceras ännu inte systematiskt öppet av Regionerna. Jämförelsetal avser Region Skåne (N=20 476 medarbetare) som har öppen data. Region Skåne sjunker i HSE-index från 76 poäng (2020 och 2021), till 75 poäng (2022).

## Utrustningsregister

En god säkerhetskultur säkerställer att utrustningen som används fungerar som den ska och underhålls enligt tillverkarens och leverantörens instruktioner samt kontrolleras enligt myndigheternas krav. Praktikertjänsts Utrustningsregister skapades utifrån Strålsäkerhetsmyndighetens krav och föreskrifter och är avsett att vara ett stöd för ordning och reda bland verksamhetens medicintekniska utrustning. Registret innehåller automatiska påminnelser gällande kontroller och service inklusive dokumentation från dessa tillfällen.

## Best practice

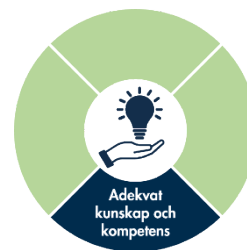
Under året lanserades en intern kampanj fylld med goda initiativ och exempel från verksamheterna runt om i landet. Varje månad delas ett eller flera goda exempel inom tandvård och hälso- och sjukvård. Syftet är att dela kunskap och erfarenhet mellan vårdverksamheterna. Genom att stärka varandra i verksamhetsnära kvalitets-, patientsäkerhets- och arbetsmiljöfrågor har initiativet varit mycket uppskattat.

## Patientsäkerhetsveckan

Praktikertjänst uppmärksammar den årliga internationella patientsäkerhetsdagen med en intern patientsäkerhetsvecka. Under en vecka i september lyfts olika perspektiv av patientsäkerhet, ett tema per dag. Vi har digitala lunchseminarium med interna och externa föreläsare, artiklar på intranätet och nytt för 2023 var två poddar om hur verksamheter arbetar med patientsäkerhetskultur. Övriga ämnen var hot och våld, dokumentation och journal, och lanseringen av ny version av ledningssystemet.

## 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.



### Introduktionsprogram

Nya delägare och verksamhetschefer deltar i ett utbildningsprogram under det första året i bolaget. I programmet finns digitala utbildningar som genomförs självständigt innan kliniskt arbete får utföras, till exempel GDPR för Tandvård/Hälso- och sjukvård och arbetsmiljöutbildningen SAMsyn.

Utöver detta så är alla nyanställda inklusive verksamhetschefer ålagda att genomföra grundläggande utbildning inom informationssäkerhet och dataskydd i syfte att främja patientdatasäkerheten.

### Utbildning

Ett flertal obligatoriska digitala utbildningar som har skapats eller lyfts in i utbildningsprogrammet berör viktiga ämnen inom patientsäkerhet. I syfte att öka kännedomen om de obligatoriska utbildningarna så påminns verksamhetschef om detta i ledningssystemets årskalender.

Exempel på obligatoriska utbildningar är:

- Antibiotikasmart (STRAMA)
- Basala hygienrutiner (Socialstyrelsen)
- Dataskydd
- Patientsäkerhet (Socialstyrelsen)
- Strålsäkerhet

### Stöd

Supportorganisationen vid kvalitetsavdelningen underlättar för en optimal användning av ledningssystemet samt stöttar verksamheterna vid problem och frågor gällande användningen. Supportorganisationen har även under året genomfört ett stort antal fortbildningar såväl lokalt som centralt.

I arbetet med att vidareutveckla och förenkla ledningssystemet lanserades en ny version med nytt gränssnitt, förbättrad sökfunktion, förtydligat avvikelseflöde och uppföljning av avvikelser i ett BI-verktyg.

## 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.



Patienten får information om risker och fördelar med den medicinska bestrålningen, antingen via information i kallelsen, hänvisning till 1177.se eller skriftlig information i väntrummet.

### Patient och närståendes delaktighet

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheterna arbetar aktivt för att göra patienter och närstående delaktiga. Här är det av stor vikt att patienten har tillräcklig information om sin situation och sina möjligheter samt risker och fördelar med den planerade behandlingen.

Ledningssystemet innehåller stöd för att utveckla arbetet med bemötande och delaktighet genom information till patient och närstående.

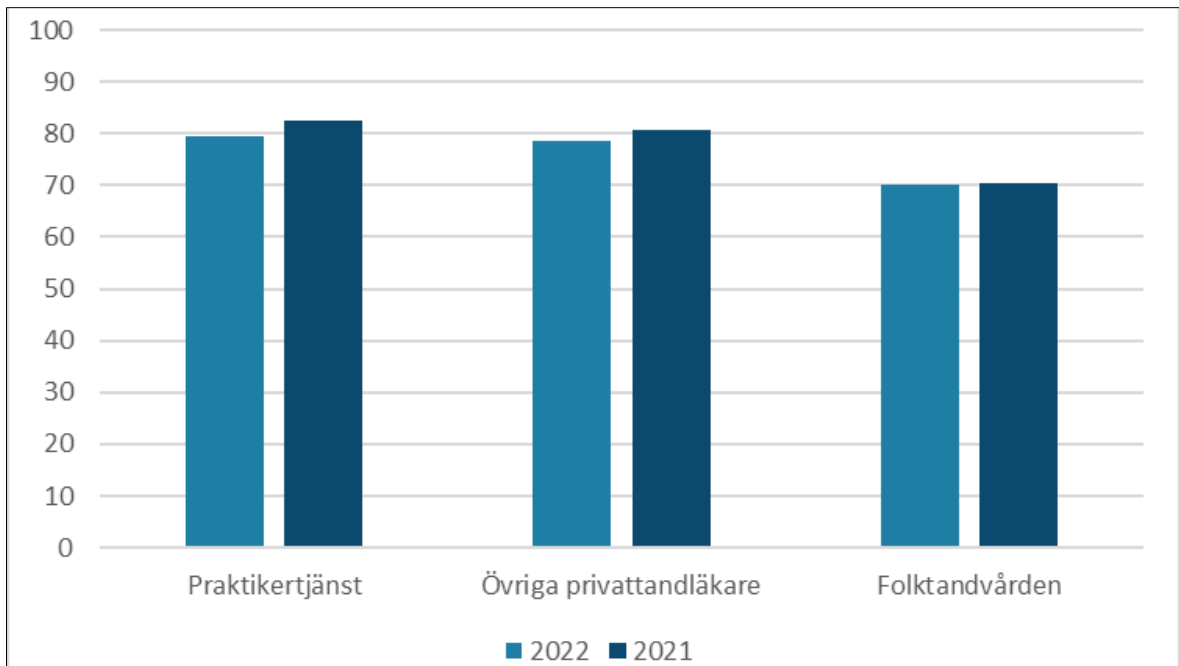
Arbetet lokalt sker på olika sätt, främst via skriftlig information i olika former, i väntrum och digitalt t.ex. via 1177.se, och inbjudan till dialog i mötet mellan vårdutövare och patient.

Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot lokalt i verksamheten men också av kvalitetsavdelningen via digitala kanaler och via en patienttelefon dit patient och närstående kan vända sig. På avdelningen finns kvalitetshandläggare, anmälningsansvariga läkare och tandläkare och kvalitetstandläkare som bistår med utredning, uppföljning och medling. Praktikertjänsts reklamationsnämnd handlägger allvarigare klagomål i tandvården och är i sin uppbyggnad unik inom svensk tandvård – här finns tandläkare, tandsköterska, tandhygienist, patientrepresentant samt jurist vilka tillhandahåller en oberoende utredning och bedömning av patientens klagomål.

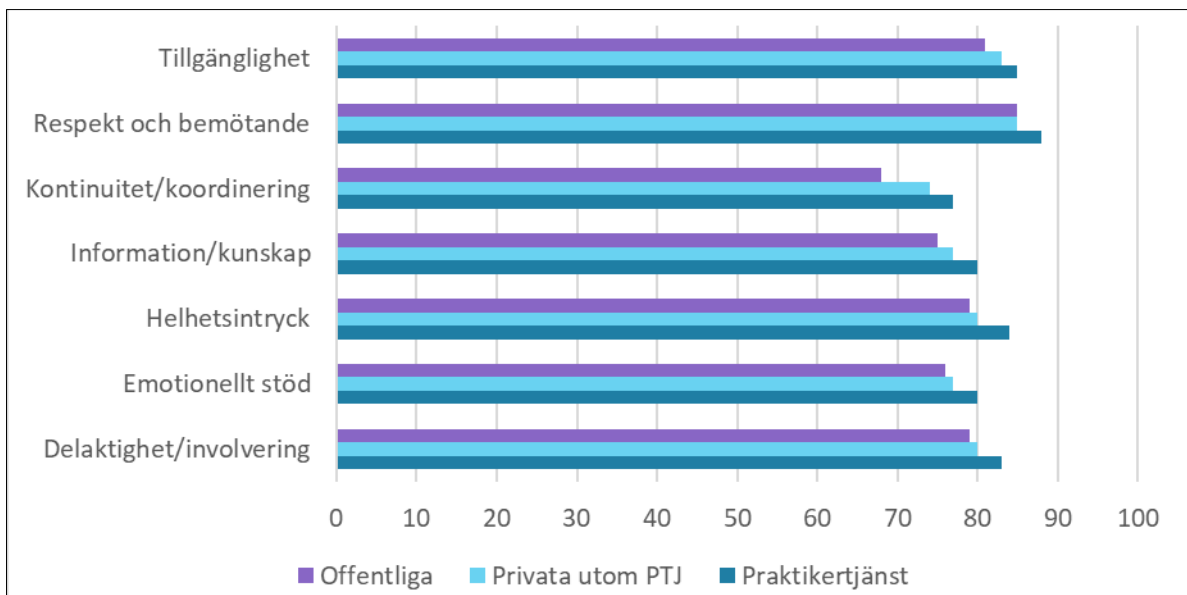
Resultatet av arbetet med delaktigheten mäts nationellt genom Svenskt kvalitetsindex (SKI) och Nationella patientenkäten (NPE) där Praktikertjänst fortsätter att överträffa den övriga tandvården och primärvården, såväl privat som offentlig, se grafer nedan.

**Figur 2.** Utfall SKI Tandvård under 2021-2022 (resultat redovisas i mars varje år).





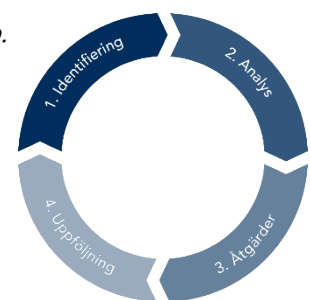
**Figur 3.** Utfall av de 7 dimensionerna i den nationella patientenkäten inom primärvård för 2023.



## AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ

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

Egenkontroll och riskbedömning är viktiga delar i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Verksamheterna inom Praktikertjänst genomför regelbundet egenkontroll och riskbedömning via ledningssystemet. Detaljerat resultat med tillhörande analys redovisas i verksamhetens lokala



patientsäkerhetsberättelse inklusive eventuellt strålskyddsbokslut. Beroende på resultat väljer verksamheter att öka antal egenkontroller.

Under året har allt fler egenkontroller och riskanalyser infogats i ledningssystemets årskalender för att möjliggöra för verksamheterna att kontinuerligt följa upp sitt arbete. Åtgärden har haft en positiv effekt på det systematiska kvalitetsarbetet men fortsatta insatser behövs för att nå de resultat som Praktikertjänst eftersträvar. Under kommande år kommer därför fokus att läggas på det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Lyfta vikten av förebyggande arbete
- Utbilda om registrering och genomförande av egenkontroller
- Förenkla arbete med egenkontroller i syfte att minska arbetsbördan i verksamheterna
- Lansera framtaget BI-verktyg för systematisk uppföljning i verksamheterna

### **Obligatoriska utbildningar**

Alla medarbetare i Praktikertjänst ska uppfylla gällande kompetenskrav inom bl.a. patientsäkerhet och strålsäkerhet. Inom Praktikertjänst finns därför obligatoriska utbildningar som ska genomföras med olika periodicitet.

**Tabell 1.** Andel medarbetare som genomfört obligatoriska utbildningar inom patient- och strålsäkerhet.

<b>Patientsäkerhet<sup>2</sup></b>	<b>Hygien<sup>2</sup></b>	<b>Förskrivning<sup>3</sup></b>	<b>Strålsäkerhet</b>
63%	86%	74%	95,6%

Utbildningarna är digitala och genomförs av medarbetarna enskilt eller i grupp. De uppdateras löpande och följsamheten till kravet följs upp regelbundet.

### **Egenkontroll**

Verksamheten genomför egenkontroll inom patientsäkerhet och strålskydd enligt ett årsschema som finns i ledningssystemet. Frekvens och omfattning av egenkontrollen beror på verksamhetstyp och storlek. Målsättningen är att samtliga verksamheter ska genomföra minst en egenkontroll inom respektive område.

**Tabell 2.** Andel genomförda egenkontroller

<b>Hygien</b>	<b>Läkemedel</b>	<b>Strålsäkerhet</b>	<b>Personuppgift</b>
49%	26%	52,2%	45,2%

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsens utbildningar

<sup>3</sup> Antibiotikasmart från Strama Stockholm

Praktikertjänst följer upp och analyserar egenkontroll och riskbedömningar i verksamheterna och återför utfallet till verksamheterna via intranätet och till koncernledningen via ledningens genomgång varje tertiäl. Verksamheter med ett lågt resultat följs upp via interna revisioner. Där ses att egenkontroll genomförts med annan checklista än den centrala något som kan förklara en del av resultatet, men inte hela. I slutet av 2023 genomfördes en åtgärd för att öka engagemanget i det systematiska kvalitetsarbetet, i och med lanseringen av en app där alla medarbetare kan se vilka egenkontroller som genomförts i verksamheten.

#### **Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården**

Med regelbundenhet görs varje år avstämningar mellan Praktikertjänsts register på verksamheter med panorama- och CBCT röntgen och Försäkringskassans register, ett extra säkerhetsnät som fångar upp eventuella utrustningar som används utan att omfattas av Praktikertjänsts verksamhetstillstånd. Utöver denna uppföljning finns två säkerhetsnät för att fånga upp nya strålkällor:

- Utrustningsregistret som informerar när nya strålkällor registrerats och administratör kontrollerar att tillstånd finns.
- Årskalendern där verksamheterna uppmanas att stämma av innehavet mot listan i Utrustningsregistret

Under året har inga tillståndspliktiga åtgärder utförts utan tillstånd. Dock har en verksamhet under en period saknat en radiologisk ledningsfunktion. Enstaka feldebiteringar har skett eller har registrerats som sådana på grund av någon bugg i Försäkringskassans system för statistik.

#### **CBCT-undersökningar**

Antalet CBCT-undersökningar per utrustning ligger i nivå med föregående år. Den stora majoriteten av dessa är bildtagning i en enstaka kvadrant.

**Tabell 3.** Antal CBCT utrustningar och genomsnittligt antal undersökningar per CBCT-utrustning och år.

	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>
<b>Antal CBCT</b>	22	21	19
<b>Antal undersökningar per CBCT</b>	56	61	64

De flesta av CBCT-verksamheterna (86%) uppger att de har uppdaterat DosReg<sup>4</sup> avseende undersökningsprotokoll och doser under året. En majoritet av de rapporterade doserna ligger inom intervallet (DSN) satt av

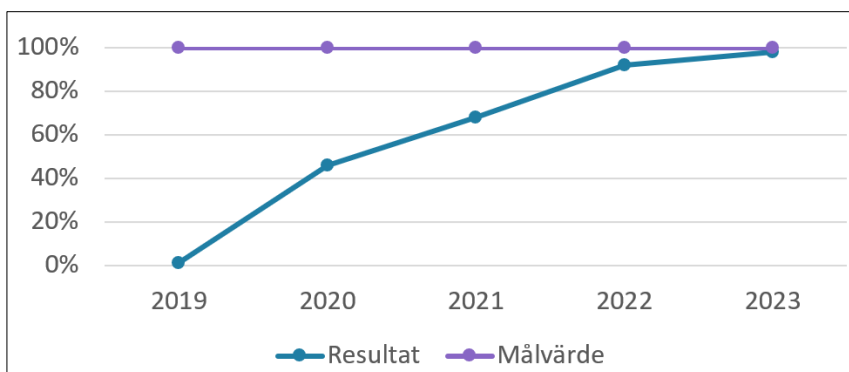
<sup>4</sup> Strålsäkerhetsmyndighetens nationella register för optimering av stråldoser

Strålsäkerhetsmyndigheten. Om de rapporterade doserna inte ligger inom DSN ska verksamheten undersöka om systemet behöver optimeras.

### Strålskärning

Samtliga verksamheter med strålkälla ska ha dokumenterad och godkänd strålskärning. Vi nådde nästan målet (100%) då 98% av verksamheterna hade en dokumenterad och godkänd strålskärning vid årets utgång. En förbättring med 6,5% jämfört med föregående år.

Anläggningar, lokaler och platser där verksamhet bedrivs ska vara utformad så att exponering av arbetstagare och personer ur allmänheten undviks. Detta efterföljs genom att befintliga verksamheter utvärderas löpande samt i samband med att nya verksamheter startar och vid verksamhetsövergångar.



Figur 4. Utveckling över tid av centralt godkänd strålskärning i behandlingsrum.

### 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.

Händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i Praktikertjänsts avvikelsesystem där de kategoriseras som risk, tillbud eller skada/olycka. Händelsen riskbedöms därefter av verksamhetschef eller avvikelseansvarig som när misstanke om allvarlig vårdskada finns kontaktar

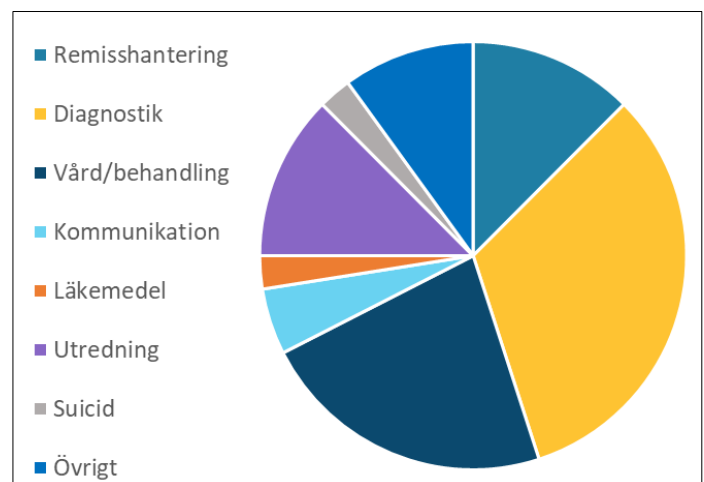


anmälningsansvarig läkare/tandläkare. I samråd beslutas sedan om händelseanalys ska utföras eller om andra åtgärder ska vidtas.

Händelseanalys av allvarliga vårdskador är centraliserad till anmälningsansvarig läkare/tandläkare eller kvalitetshandläggare i syfte att likrikta arbetet och minska risken för bias. Analysledare söker främst efter organisatoriska brister för att identifiera ”blinda fläckar”, felaktiga/bristande rutiner eller behov av generell fortbildning med mera. Efter genomförd händelseanalys beslutar anmälningsansvarig om anmälan enligt lex Maria ska göras.

Antalet anmälningar av allvarlig vårdskada enligt lex Maria under året var 40 st. inom hälso- och sjukvård och 4 st. inom tandvård. Inom hälso- och sjukvård så fördelade sig orsaksområdena enligt vidstående graf.

De främsta riskområdena är diagnostik, remisshantering samt vård och behandling. Diagnostik är naturligt då det är det svåraste området inom hälso-



och sjukvård. Genom att skapa en organisation som stödjer våra medarbetare att ta korrekta beslut, göra kloka bedömningar och söka stöd när behov uppstår så skapar vi förutsättningar för färre felaktiga och fördröjda diagnoser. Här är både lokala aktiviteter som kollegiala ronder och handledning viktiga beståndsdelar liksom centrala initiativ som MLA-nätverk och verksamhetschefs- och ST-dagar. Vi ser att avvikelser och vårdskador inom remisshantering är fler i de regioner där primärvård och slutenvård har skilda journalsystem. Därför är en sammanhållen journal centralt och ett tydligt mål, men våra möjligheter att påverka är begränsade.

Det är positivt att verksamheterna har en ökad medvetenhet om vikten av att identifiera risk för vårdskada och allvarlig vårdskada. Händelserna identifieras allt tidigare och kontakt med anmälningsansvarig sker i ett tidigare skede, något som underlättar analysarbetet. I analysen involveras alltid patient och/eller närstående, vilket leder till patientinflytande och förbättrad förståelse kring orsakerna till händelsen som ofta är multifaktoriell. Sammanfattningar och analyser av händelseanalyser för lex Maria läggs även ut på intranätet för spridning i organisationen och används också i utbildningssyfte i MLA-nätverket.

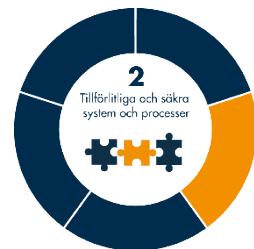
Koncernen har också ett system för så kallad ”Whistleblowing”, som ger medarbetarna möjlighet till anonym rapportering av eventuella icke tillfredställande förhållanden av

olika slag inom verksamheten. Här beaktas upplevda brister rörande patientsäkerhet, mänskliga rättigheter, särbehandling, trakasserier, arbetsmiljö, yttre miljö och andra missförhållanden.

För Praktikertjänst är det viktigt att alla medarbetare oavsett roll medverkar i patientsäkerhetsarbetet genom att aktivt rapportera det som avviker från ordinarie vårdflöde.

## **Tillförlitliga och säkra system och processer**

Praktikertjänsts ledningssystem har utgångspunkten att det ska vara lätt att göra rätt för samtliga verksamheter inom Praktikertjänst vad gäller systematiskt kvalitetsarbete. Det omfattar hälso- och sjukvård, tandvård samt servicekontoret och är certifierat för kvalitet och miljö enligt ISO 9001:2015 och ISO 14001:2015 samt följer kraven i ISO/IEC 17025:2018.



Ledningssystemet stöttar verksamheterna i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet såväl proaktivt som reaktivt. Det innehåller stöd för vilka rutiner som verksamheterna behöver ta fram som ett komplement till de centrala rutinerna. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

### **Systematisk uppföljning**

Centralt sker en strukturerad genomgång av de krav som ställs på de ingående verksamheterna. Resultatet av det utförda arbetet följs upp systematiskt under året via:

- genomgång med koncernledningen tre gånger per år,
- intern allmän revision,
- lagefterlevnadskontroll, och
- central patientsäkerhetsberättelse inklusive centralt strålskyddsbeslut

Över året genomförs två sorters interna revisioner, intern allmän revision (IAR) och för de verksamheter som är kvalitets- och miljöcertifierade ISO-revisioner.

Revisionsprogrammet som omfattar samtliga verksamheter och innebär att IAR-revisionerna systematiskt fokuserar på olika delar av de sex områden som revideras: patientsäkerhet, medicinteknik och strålsäkerhet, informationssäkerhet, arbetsmiljö, yttre miljö och allmän säkerhet. Revisionsprogrammet för ISO omfattar samtliga standardkrav under en revisionscykel (3 år).

Alla verksamhetschefer besvarar årligen en lagefterlevnadskontroll som omfattar samma sex områden som vid de interna allmänna revisionerna. Utfall och analys av genomförd lagefterlevnadskontroll återförs till verksamheterna via intranätet. Som

bevis på genomförd och godkänd lagefterlevnadskontroll får verksamheten efter inskickad lokal patientsäkerhetsberättelse inklusive eventuellt strålskyddsbokslut ett kvalitetsdiplom. Målsättningen är att samtliga verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade. Under 2023 har 503 vårdverksamheter erhållit kvalitetsdiplom vilket motsvarar nästan 70 %, en nivå som vi dock inte är nöjda med.

### **Hygien**

Under 2023 så har det fördjupade samarbetet med svensk förening för vårdhygien (SFVH) och arbetet med uppdatering av riktlinjerna för tandvård (HOBIT) fortsatt vilket förväntas ge ytterligare stöd till verksamheterna i arbetet med att följa de senaste råden. Allt med syfte att nå en stabil process.

### **Kontinuitet**

Kontinuitet är också en viktig del i en god och säker vård - att patienten har en fast vårdkontakt och i mesta möjliga mån får träffa samma medarbetare i dess kontakt med vården är en vital förutsättning för patientsäkerheten. Vi skapar kontinuitet genom att patienten i mesta möjliga mån får träffa "sin" läkare /tandläkare /sjuksköterska /fysioterapeut /tandhygienist osv, något som ger förbättrad kvalitet och att patienten kan påverka, känna igen sig och uppleva trygghet i kontakten med vården, kvaliteter som alla bidrar till en bättre och mer säker vård.

### **Åtgärder av större betydelse för patientdatasäkerheten**

De nya rollerna CISO och IT-säkerhetsansvarig har fortsatt arbetet med att upprätta tydligare arbetsmetoder och samverkansformer inom informationssäkerhet.

Det systematiska arbetet har förstärkts genom nya rutiner för inventering, informationsklassning, incidentrespons och riskanalys vid förändring.

Implementationen av koncerngemensam IT fortsatte under 2023 och innebar ett ökat skydd av mottagningars digitala miljöer samt utökade möjligheter att från centralt håll stödja vårdpersonalens hantering av patientdata så att det är lätt att göra rätt.

### **Stöd och uppföljning inom strålsäkerhet**

De aktiviteter i årskalendern som direkt berör strålsäkerhetsområdet är följande:

- Patientsäkerhetsberättelse inklusive strålskyddsbokslut
- Kontroll och underhåll Medicinteknisk utrustning
- Riskbedömning strålsäkerhet
- Egenkontroll av medicinska bestrålningar
- Avstämning av uppgifter i registret för strålkällor (Utrustningsregistret)

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården och tandvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Under året har en central korsfunktionell grupp skapats i syfte att utveckla en hållbar strategi med patienten fortsatt i centrum.



### Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan risk ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Praktikertjänst hanterar risker löpande via rapportering av risk och systematiskt via riskbedömning och riskanalys. De mallar som används för att bedöma risk värderar konsekvens och sannolikhet för att händelsen skulle kunna inträffa.

Varje tertial genomförs risk- och möjlighetsanalys med processägare och koncernledning. Arbetet är en del av det systematiska arbetet i ledningssystemet. Under 2023 ökade IT- och omvärldsriskerna mest. Två gånger per år uppdateras koncernens riskkarta som också tar hänsyn till ekonomiska risker. Årlig riskanalys för informationssäkerhet genomfördes för koncernen som helhet, med stöd av omvärldsanalys och verksamhetsanalys.

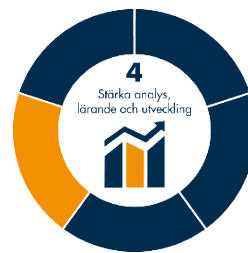
Riskbedömningar genomförs regelbundet inom arbetsmiljö t.ex. riskbedömning för stick- och skärskada. Inför större förändringar genomförs riskanalys såväl centralt som lokalt. Vid större förändringar uppger en majoritet av verksamheterna (85,6%) att de genomför riskanalys med stöd av ledningssystemet. Exempel på större förändringar är ombyggnation, flytt, byte av utrustningstyp eller arbetssätt. Under året har 74 verksamheter utfört 98 riskbedömningar inför förändring gällande strålskydd och specifika riskanalyser genomfördes även vid förändring av informationsbehandlingar. En förbättring som gjorts under året är att komplettera mallen för riskbedömning inför förändring och tillhörande rutin vid större investeringar med information om krav kopplat till anmälnings- och tillståndsplikt.



## 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.

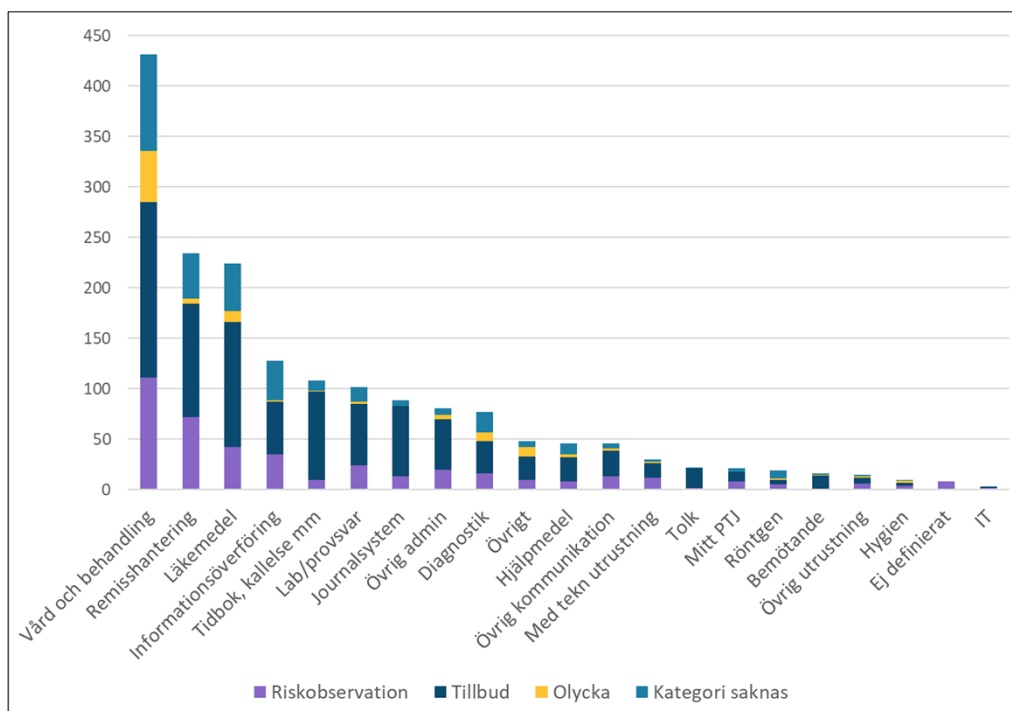
Under 2023 så har den centrala uppföljningen av genomförda riskanalyser, avvikelser och egenkontroller underlättats av ett BI-verktyg som har möjliggjort djupare analys av gjorda rapporteringar. Inledningsvis har analyserna fokuserats på kategori och genomförande. Framöver ses möjligheten att kunna dela upp rapporteringarna utifrån bakgrundsdata som typ av, storlek på och geografisk placering av verksamhet, och därefter korsanalysera med fler variabler. Exempelvis utfall av genomförd checklista inom ett område i förhållande till avvikelserapportering.



## Avvikelser

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

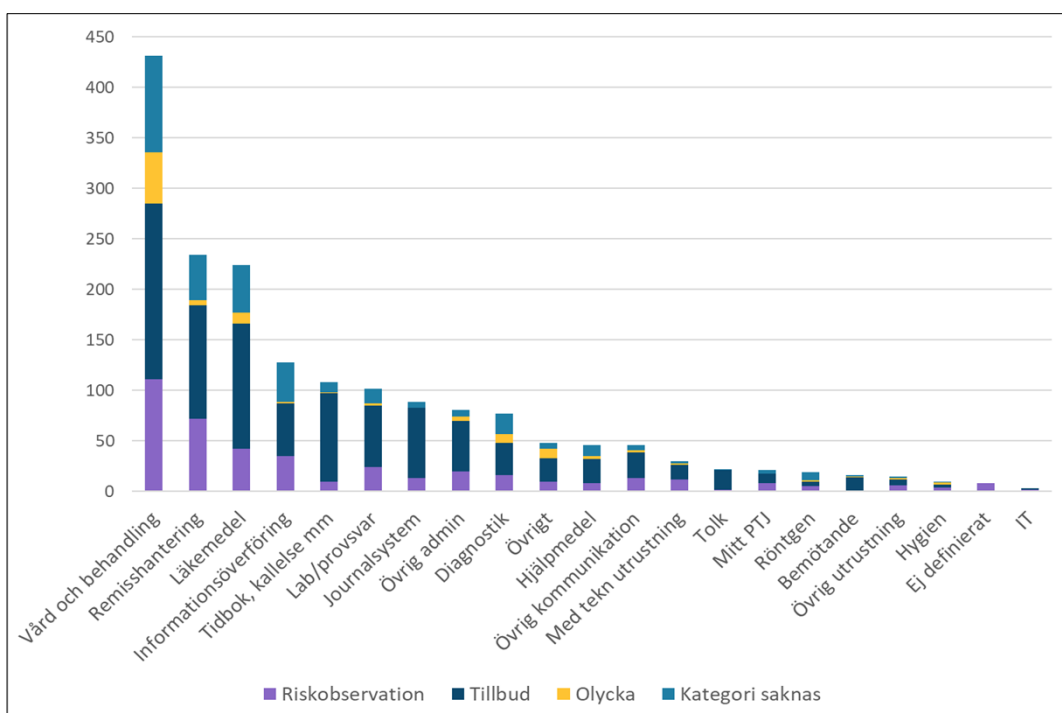
Under året rapporterades närmare 1375 patientsäkerhetsavvikelser och 422 riskobservationer inom hälso- och sjukvård och knappt 731 patientsäkerhetsavvikelser och 183 riskobservationer inom tandvård, vilket är en svag ökning för bägge områden.



**Figur 4.** Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom hälso- och sjukvård under 2023.

De vanligaste avvikelserna gällande patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård rör vård och behandling (20%), remisshantering (10%) och läkemedel (11%). Inom tandvård dominerar vård och behandling (24%) samt röntgen (12%) bland avvikelserna.

**Figur 5.** Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom tandvård under 2023.



Av de

rapporterade avvikelserna inom tandvård bedömdes 16% som mer allvarliga och i fyra fall gjordes en anmälan enligt lex Maria. I kategorin vård och behandling ses en bred variation av olika händelser från svalt föremål till instrument som går sönder.

Inom såväl hälso- och sjukvård som tandvård förekommer många icke definierade händelser, 17% respektive 26%. Andelen riskobservationer har ökat och når över branschgenomsnitt men vi ser att de bör öka ännu mer för att stärka det proaktiva patientsäkerhetsarbetet. Det gäller även rapportering av förbättringsförslag som påverkar patientsäkerhet inklusive strålsäkerhet och arbetsmiljö positivt.

I vår årliga analys av avvikelserna inom hälso- och sjukvård så ser vi att spridningen av registrerade avvikelser är stor, från drygt 100 till 0 avvikelser per enhet. Frånvaron av avvikelser hos de senare beror på att dessa verksamheter i sina vårdavtal är ålagda att rapportera i regionens system. Vi ser behov av att under de närmaste åren arbeta med att:

- Registrera de interna avvikelserna i vårt centrala system
- Arbeta för att avsluta avvikelserna i tid
- Anordna work-shops där verksamheter kan dela med sig av sina framgångsrika arbetssätt med avvikelser (best-practice)
- Kompetensförstärkning i systematiskt arbetssätt med avvikelser
- Förtydliga våra rutiner för läkemedel och remisshantering

#### **Avvikelser, risker och anmälningar till SSM**

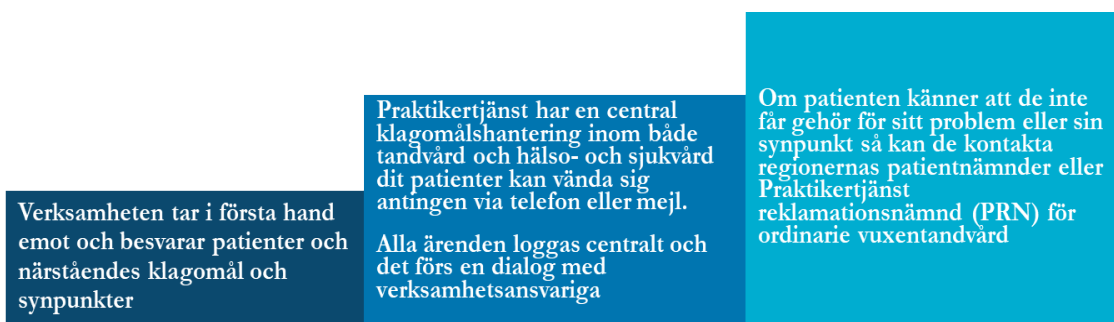
Under året rapporterades drygt 240 avvikelser, risker och förbättringsförslag som hade koppling till strålsäkerhet. Antalet är i linje med tidigare års rapportering, även under

2023 rapporterades färre händelser under sommarmånaderna. Merparten handlade om tekniska problem såsom bildöverföring från sensor till journal och övriga orsakades av omtag på grund av olika handhavandefel. Ett mönster som upprepas från tidigare år. Ingen avvikelse var av en sådan art att den eskalerades till Strålsäkerhetsmyndigheten.

### Klagomål och synpunkter

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

Praktikertjänsts vårdgivaransvar gällande klagomål och synpunkter hanteras av kvalitetsavdelningen i samarbete med verksamheterna enligt koncernens klagomålstrappa. Patienten har dessutom alltid en möjlighet att vända sig direkt till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) med sitt ärende.



**Bild 1.** Praktikertjänsts klagomålstrappa

De regionala patientnämnderna kommunicerar i förekommande fall sin statistik till verksamheterna lokalt. Verksamheterna sammanställer själva inkomna klagomål och synpunkter och sammanfattar slutsatser och erfarenheter av dessa i respektive patientsäkerhetsberättelse.

De ärenden som IVO har behandlat, avslutat och hänvisat till vårdgivaren hanteras av kvalitetshandläggarna i samverkan med verksamheterna. De ärenden som inkommer till Praktikertjänst centrala klagomålshandling sammanställs och analyseras av avdelningen och presenteras för koncernledningen. Detta gäller även ärenden från det högsta steget i klagomålstrappan, Praktikertjänsts reklamnationsnämnd (PRN).

Under året var det 13 ärenden som hanterades av Praktikertjänsts reklamnationsnämnd. Sammanfattningsvis har patientens klagomål och yrkanden tillgodosetts i 1 fall (8%) av samtliga ärenden under 2023.

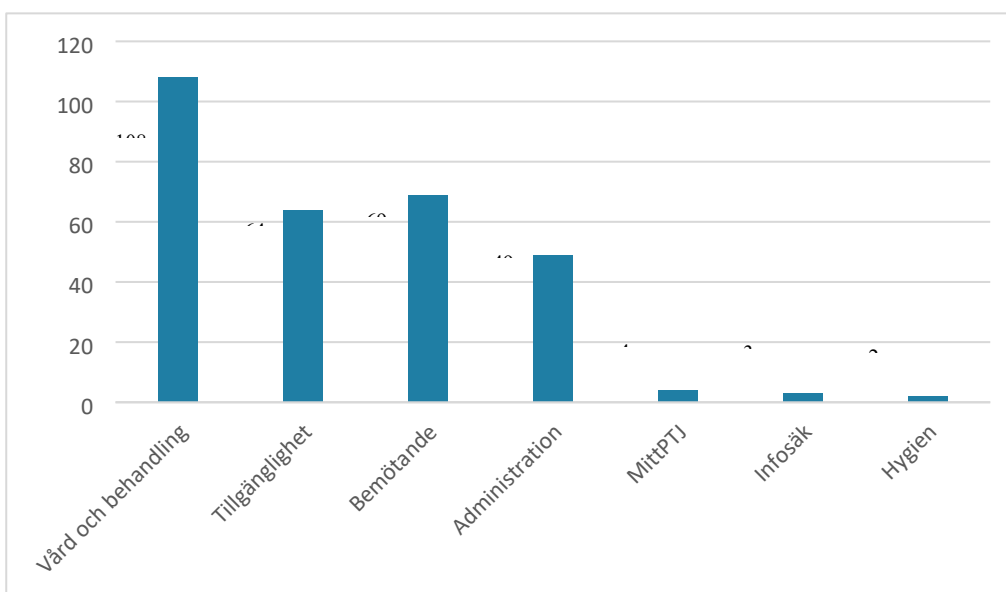
**Tabell 4.** Fördelning av inkomna klagomål till PRN.

Klagomålsgrupp	Antal
Protetiska åtgärder	5

<b>Kirurgiska åtgärder</b>	3
<b>Sjukdomsförebyggande åtgärder</b>	2
<b>Undersökning och hälsofrämjande åtgärder</b>	1
<b>Rotbehandlingsärenden</b>	1
<b>Bettfysiologiska åtgärder</b>	1

Under året inkom 299 st. ärenden gällande hälso- och sjukvård till Praktikertjänst centrala klagomålshantering, en minskning jämfört med föregående år. Vård och behandling dominerar fortfarande, följt av bemötande, tillgänglighet och administration. En majoritet av vårdverksamheterna som får klagomål eller synpunkter är vårdcentraler och i gruppen med flest synpunkter dominerar vårdcentraler i storstadsregionerna, framför allt de med stora patientflöden.

**Figur 6.** Fördelning av klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvård.



Antalet ärenden inom tandvård var 543 st. Även här framträder vård och behandling som den största andelen, följt av kostnad samt bemötande och information.

### **Uppföljning av informationssäkerheten**

Inför statliga myndigheters införande av NIS2-lagstiftningen har en extern konsultbyrå anlåtats för att genomföra en Gap-analys av hur Praktikertjänsts systematiska informationssäkerhetsarbete efterlever NIS2.

Vidare har SITHS/HSA-arbetet (ID-kort för anställda) samt PCI-DSS (betalning med betalkort) efterlevnaden granskats enligt revisionsplan.

Penetrationstester och säkerhetsgranskningar genomförs regelbundet och vid behov på ett antal av de system som Praktikertjänst hanterar och underhåller till övrig verksamhet. Detta oaktat om dessa utgör en tjänsteleverans eller IT-system.

Styrande dokument för administratörskonton och förhöjda rättigheter samt rutin för åtkomst till information har granskats och förbättrats.

Under året har även medvetenhetshöjande och orienterande aktiviteter genomförts. Dessa inkluderar phishing-test, föreläsningar och en ny obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

Regelbunden kontroll av nyttjande av sammanhållna journalsystem inklusive journalslagningar har genomförts månadsvis och vid behov/misstanke.

## 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.



Arbetet med patientsäkerhet fortlöper enligt principen för ständig förbättring. Det innebär kompetensförstärkning inom flertalet områden, exempelvis hygien och medicinskt ledningsansvar. Fortsatt ökad kompetens inom medicinskt ledningsansvar (MLA) uppnås genom såväl utbildning som via vårt MLA-nätverk. Inom tandvård fortsätter arbetet med att delta i uppdateringen av riktlinjer för vårdhygien inom svensk tandvård, HOBIT, ett arbete inom ramen för svensk förening för vårdhygien (SFVH). Satsningen på att uppdatera tandvårdsverksamheterna i de nya nationella riktlinjerna för vuxentandvård fortsätter.

Arbetet med att samtliga verksamheter inom Praktikertjänst är kvalitetsdiplomerade fortsätter genom ledningssystemet men också riktade kontakter till berörda verksamheter. Intern allmän revision kommer i större utsträckning att genomföras i verksamheter som inte nått upp till godkänd lagefterlevnadskontroll eller publicerat patientsäkerhetsberättelsen med strålskyddsprotokoll i förekommande fall.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Arbetet med systematisk uppföljning av kvalitetsarbetet har gett ett gott resultat. I de årliga interna revisionerna följs drygt 15 % av verksamheterna upp. Det är fortsatt en stor utmaning att bibehålla takten i revisionsarbetet. För att möta detta har fler resurser från kontoret engagerats och en viss omfördelning har gjorts för att underlätta arbetet.

För att ytterligare öka rapporteringen av såväl avvikelser som risker planeras för en kunskapsförstärkning. Att förstärka positiva beteenden är en uttalad strategi där alla medarbetare kan följa verksamhetens utfall av rapporterade risker och avvikelser liksom genomförda egenkontroller och riskbedömningar. Förväntan är att de planerade åtgärderna ska resultera i en fortsatt positiv utveckling av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Genom att fortsätta använda årskalendern i ledningssystemet så påminns verksamheterna om egenkontroller, riskbedömningar och obligatoriska utbildningar.

**Tabell 4.** Utfall av 2023 års mål samt 2024 års målvärden.

	Målvärde 2023	Målvärde 2024
Ökad rapportering av patientrelaterade avvikelser	3,000 avvikelser	3,000
Patientsäkerhetsindex <sup>5</sup>	10	10
Bibehållet patientsäkerhetsengagemang	86	86
Hållbar riskmedvetenhet <sup>6</sup>	70	70
Följsamhet till revisionsplanen	90 verksamheter	100
Antal antibiotikarecept per 1000 listade patienter i primärvården	125 recept	145
Genomförda egenkontroller och riskbedömningar	100% av verksamheterna	100%
Genomförda obligatoriska utbildningar	100% av verksamheterna	100%

Under året uppnåddes knappt hälften av de mål som formulerats. Detta beror främst på att vi satte ambitiösa mål med ett förändrat fokus från reaktivitet till proaktivitet i en

<sup>5</sup> Andelen lex Maria i förhållande till andelen IVO-anmälningar som avslutas med kritik.

<sup>6</sup> Antal riskobservationer i förhållande till antal avvikelser

kultur som prioriterar patientsäkerhet. Skiftet gjordes mot bakgrund av ett högt resultat i genomförd patientkulturmätning där vi nådde årets mål i patientsäkerhetsengagemang och den tydligt ökande rapporteringen av patientrelaterade avvikelser. När det gäller rapporterade avvikelser nådde vi inte hela vägen varför målvärdet kvarstår.

Målet för antalet antibiotikarecept nåddes inte och justeras i enlighet med utvecklingen i samhället. Målvärdet är fortsatt under STRAMAs nationella mål och det uppskattade målet för vår primärvård om 150 recept, vilket baseras på att primärvården beräknas stå för cirka 60% av den nationella antibiotikaförskrivningen.

Under året fortsatte kunskapsförstärkningen i verksamheterna utöver de obligatoriska utbildningarna även med månatliga webinarier och en temavecka i patientsäkerhet. Patientsäkerhet och strålsäkerhet har fördjupats i introduktionsutbildningarna för tandvård. Detta tillsammans med satsningen på chefläkarorganisation och MLA förväntas stärka utfallet för "Hållbar riskmedvetenhet" där vi under året inte nådde vårt högt uppsatta målvärde. Värdet för "Hållbar riskmedvetenhet" är dock exponentiellt, dvs på varje

avvikelse rapport förväntades 100 riskobservationer. Målvärdet justeras därför till 70 vilket innebär att det förväntade antalet riskobservationer i stället blir drygt två per rapporterad avvikelse.

Fokus på kvalitetssäkring av röntgen ska under det kommande året ske via följande aktiviteter:

- Utvärdering av ramavtalspartners
- Deltagande i projekt för ett program med objektiv kvalitetssäkring av intraoral röntgen
- Lyfta vikten av berättigandeprocessen

Arbetet med kulturförändring i ett stort bolag med en decentraliserad organisation är utmanande. Det behöver hela tiden utvecklas och nya mål kommer att bli aktuella över tid. Kommande år behåller vi de formulerade målen för att fortsätta arbetet med omställningen av kulturen från reaktivitet till proaktivitet. Det innebär att andelen genomförda egenkontroller, riskbedömningar och obligatoriska utbildningar fortsatt har målvärde 100 %. Ett mål som i realiteteten är omöjligt att nå eftersom verksamheter hela tiden startas eller avslutas, men att sänka dessa mål sänder felaktiga signaler till såväl omvärld som verksamheter och patienter.