

Patientsäkerhetsberättelse för Praktikertjänst AB År 2022



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

SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	18
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	19

SAMMANFATTNING

Under 2022 ser vi följande händelser och aktiviteter som de viktigaste:

- Ett fortsatt högt resultat i mätningen av patientsäkerhetskultur
- Högsta resultat i patientnöjdhet i samtliga kategorier i den nationella patientenkäten för primärvård
- Toppresultat i SKI:s årliga mätning av patientupplevd kvalitet inom Tandvård
- En utbildningsdag för samtliga verksamhetschefer inom Hälso- och sjukvård har genomförts
- Chefläkarorganisation för hälso- och sjukvård inklusive regionala chefläkare inom primärvård är på plats och fungerar enligt plan
- Med fokus på MLA-rollen har patientsäkerheten stärkts i verksamheterna
- En gemensam utbildnings- och inspirationsdag har genomförts för våra ST-läkare
- Patientsäkerhet och strålsäkerhet har under året lagts in i våra introduktionsutbildningar - Ny som chef och Värdebaserad tandvård
- Månatliga webinarier där bland annat fokus på berättigande av röntgenbildtagning inom Tandvård ingick
- Temavecka patientsäkerhet är etablerad och genomfördes enligt plan
- Antalet anmälningar enligt lex Maria samt antalet enskilda IVO-ärenden var ökade något
- En stigande trend för antal registrerade patientsäkerhetsavvikelser under året
- Antal genomförda egenkontroller av medicinska bestrålningar i tandvården har fortsatt öka - från 58 under 2021 till 138
- 45 interna revisioner har genomförts
- Omorganisation och resursförstärkning av avdelningen för kvalitet och hållbarhet där tjänsterna kvalitetsutvecklare och kvalitetssamordnare introducerats
- 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 (KGIT) fortsatte under året vilket innebar ett ökat skydd av mottagningars digitala miljöer
- Strålskärmningsprojektet är avslutat med 92 % godkända strålskärmningsredovisningar

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Praktikertjänst strävar efter att positivt bidra till de globala målen för hållbar utveckling (Agenda 2030). Naturligt ligger fokuset för hållbarhet där bolaget har störst påverkan, på mål 3 ”God hälsa och välbefinnande – att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”, vilket denna patientsäkerhetsberättelse är en viktig del av.

Praktikertjänst Tandvård är den största aktören i Sverige inom privat driven tandvård och verkar huvudsakligen inom allmäntandvård. Inom Praktikertjänst Tandvård arbetar drygt 3700 tandläkare, tandtekniker, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister vid de knappt 600 vårdverksamheter med tillståndspliktiga eller anmälningspliktiga strålkällor över hela landet. I bolaget finns även mindre än 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 4600 läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, dietister, barnmorskor, psykologer, kiropraktorer, arbetsterapeuter, logopedier och socionomer vid knappt 200 vårdverksamheter geografiskt spridda över hela landet. Vid tre av dessa finns tillståndspliktiga strålkällor. Av Sveriges knappt 1 200 vårdcentraler drivs närmare 530 i privat regi och av de privata drivs var sjätte i Praktikertjänsts regi.

Aktieägarna arbetar själva som verksamhetsansvariga på våra vårdverksamheter i hela landet. Praktikertjänst fanns under 2022 representerade i 220 kommuner i landets 21 regioner.

Allt kvalitetsarbete i Praktikertjänst sker utifrån att vården ska vara säker. En säker vård där förekomsten av vårdskador är låg så skall vården:

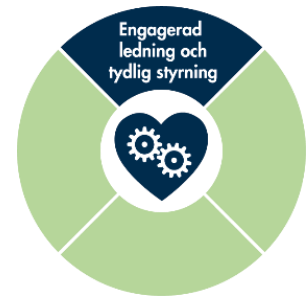
- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårds- eller hälso- och sjukvårdspersonalen
- ha hög tillgänglighet, vilket bland annat innebär att vården:
 - är lätt att nå
 - har kort väntetid
 - har geografisk närhet
 - har anpassade lokaler

Patientsäkerhet påverkas av många faktorer och förutsättningar. Genom att systematiskt följa och analysera de risker och avvikelser (tillbud och skador) som inträffar i verksamheterna så ökar vår kunskap och ett tydligare förebyggande arbete möjliggörs. Säker vård inkluderar också kunskap om vad som krävs för att vården ska bli rätt. De nationella kvalitetsregistren samlar den systematiska kunskapen i t ex Primärvårdskvalitet, korsbandsregistret, kataraktregistret, SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit) och NDR (Nationella diabetesregistret).

I denna centrala patientsäkerhetsberättelse inklusive strålsäkerhetsbokslut så beskriver vi mål och strategier, organisation och struktur för Praktikertjänsts arbete med att minska antalet vårdskador. Det lokala patientsäkerhets- och strålskyddsarbetet beskrivs i de lokala verksamheternas egna dokument.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för 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 §

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.

Målet *En hållbar och säker verksamhet i hela Praktikertjänst för patienter, medarbetare, allmänhet och yttre miljö* är långsiktigt och gäller för perioden 2020 till 2024. I målet inkluderas 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

Målen har följts med en rad mått som t.ex. rapporterade avvikelser och vårdskador, antibiotikaförskrivning och betydande processriskar.

Organisation och ansvar

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

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.

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 ledningssystemet och att uppdatera det 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.

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 ett arbete med en utbildning för lokala MLA initierats under året.

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.

Samtliga verksamheter har en checklista på dokument som ska upprättas lokalt i ledningssystemet och där ingår bland annat kravet på signerade uppdrags- och ansvarsbeskrivningar för verksamhetschef, arbetsmiljö, strålsäkerhet mm.

Huvudansvaret för såväl det strategiska som delar av det operativa arbetet med patientsäkerhet är delegerat till avdelningen för kvalitet och hållbarhet 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 till exempel IVO. Liksom samverkan med STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens), nationella kvalitetsregister som SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit), lagefterlevnadskontroll, egenkontroll och riskbedömningar. På avdelningen finns anmälningsansvariga tandläkare och läkare, kvalitetsutvecklare, -samordnare och -handläggare inom tandvård och hälso- och sjukvård.

Under 2022 fortsatte arbetet inom Praktikertjänsts chefläkarorganisation för hälso- och sjukvård där även regionala chefläkare ingår. Även inom tandvård förtydligades och stärktes arbetet för koncernens cheftandläkare.

Avdelningen för kvalitet och hållbarhet har 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, främst avdelningen för Koncernsäkerhet med specialister inom strålsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet, dataskydd, säkerhet och yttre miljö.

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.

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), Senior Alert (geriatriskt kvalitetsregister), Luftvägsregistret och flera andra nationella kvalitetsregister. Vi deltar även i det nationella chefläkarnätverket som drivs av LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag).

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 remittering såväl mottagande som överföring till och från andra vårdaktörer för vilken Praktikertjänst har en grafisk processbeskrivning och centrala och lokala rutiner.

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsansvarig arbetar på uppdrag av styrelse och vd. Uppdragets kärna är förvaltningen och utvecklingen av Praktikertjänsts Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). LIS styr det systematiska informationssäkerhetsarbetet i verksamheterna och på servicekontoret. Koncernen har 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.

Uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

I enlighet med revisionsplan har koncernens interna kontroll av IT-drift granskats och särskilt fokus lagts på system som bedöms ha en väsentlig påverkan på finansiell rapportering. Som en del av granskningen har central och systemspecifik dokumentation granskats.

Vidare har arbetsmöten med relevanta roller inom IT-organisationen genomförts i syfte att fånga in deras perspektiv och kunskap kring de granskade IT-systemen. Fokusområdet var behörighetshantering, programförändringsrutiner samt generell IT-drift.

Extern PCI DSS revision har under året genomförts vilket berör den del av verksamheten som hanterar betalkort och kortdata.

Genomförda riskanalyser

Årlig riskanalys för informationssäkerhet genomfördes för koncernen som helhet, med input från omvärldsanalys och verksamhetsanalys. Specifika riskanalyser genomfördes även vid förändring av informationsbehandlingar.

Ytterligare riskinformation har genererats genom hotbildsanalys och tekniska intrångstester.

En omfattande konsekvensbedömning avseende Praktikertjänsts digitala vårdplattform slutfördes. Konsekvensbedömningen inleddes på DSO:s initiativ och utmynnade i en åtgärdslista som har utgjort grund för ett vidsträckt framgångsrikt förbättringsarbete genom samverkan mellan dataskyddsfunktionen och avdelningen för digital verksamhetsutveckling.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring som är av större betydelse

Arbetet med dataskydd och informationssäkerhet har uppdaterats, förenklats och verksamhetsanpassats ytterligare i takt med rättsutvecklingen och praxis på området. Den tidigare rollen Informationssäkerhetschef har delats upp i två roller för dubbel kapacitet inom området; Informationssäkerhetsansvarig och IT-säkerhetsansvarig.

Implementationen av koncerngemensam IT (KGIT) fortsatte under 2022 och innebar ett ökat skydd av mottagningars digitala miljöer samt utökade möjligheter att från centralt håll stödja informationssäkerhetsarbetet så att det är lätt att göra rätt.

Utbildning inom informationssäkerhet har utökats med moduler om IT-säkerhet inriktade till de roller som har ett ökat behov av utbildning kopplat till deras arbetsuppgifter.

Ett nytt verktyg för digitalt behandlingsregister har upprättats och ger ökade kontrollmöjligheter över Praktikertjänsts personuppgiftsbehandlingar. Processen för tillhandahållande av registerutdrag har delvis automatiserats och det är nu möjligt att begära utdrag med hjälp av BankID via digital portal på externwebben. Den nya processen har underlättat handläggningen, producerar mer pålitliga resultat och undanröjer tidigare problematik med verifiering av identitet hos den som vill utöva sin rätt till tillgång

Egenkontroller av informationssäkerhet

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, riktade workshops, föreläsningar och nytt digitalt material inom området.

Regelbunden kontroll av nyttjande av sammanhållna journalsystem inklusive journalslagningar har genomförts månadsvis och vid behov/misstanke. Vidare har Inera-revision genomförts som en ordinarie del av vår egenkontroll av leverantörer av tjänster och/eller informationsförsörjare till Praktikertjänst.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Det systematiska strålsäkerhetsarbetet utförs av verksamheterna med hjälp av årskalender, rutiner, checklistor och utrustningsregister i ledningssystemet. Det innebär att verksamheterna också arbetar enligt principen om ständig förbättring. Vi hänvisar här till bifogat strålskyddsbokslut.

En god säkerhetskultur

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

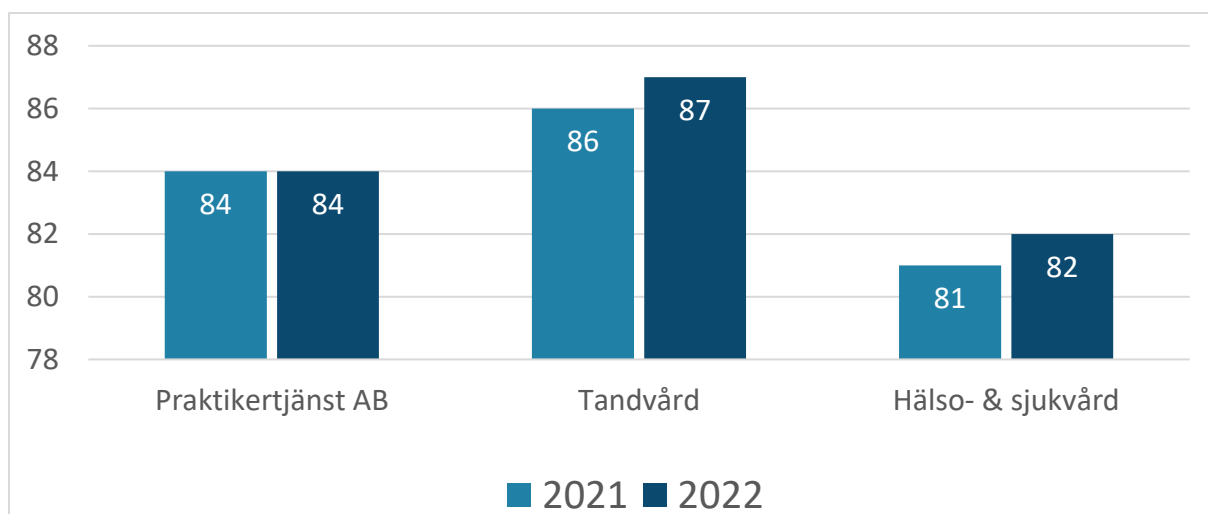
Genom att arbeta i ett gemensamt och integrerat ledningssystem som inkluderar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet, allmän säkerhet och yttre miljö så stärks det systematiska utvecklingsarbetet och möjligheten till interaktivt lärande inom organisationen. Utbildning i ledningssystemet har under 2022 riktats till tandvård och hälso- och sjukvård genom lathundar och filmer, genomförande av kurser och webinarier tillsammans med verksamheterna. Under året har avdelningen för kvalitet och hållbarhet genomfört en omorganisation och resursförstärkning där tjänsterna kvalitetsutvecklare och kvalitetssamordnare introducerats.



Ledningssystemets årskalender innehåller de aktiviteter som egenkontroller, riskbedömningar och funktionskontroller som verksamheten ska genomföra. Arbetet i ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll (LEK), intern allmän revision (IAR), intern och extern ISO-revision. Enskilt resultat från IAR och ISO återförs till berörda verksamheter, sammantaget resultat återförs till koncernledningen och verksamheterna via intranätet. Även under 2022 har den centrala sammanställningen av rapporterade avvikelser och risker publicerats på intranätet. Den öppna redovisningen av iakttagelser och resultat syftar till en öppen kommunikation kring risker och ständig förbättring.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) är ett nytt mätområde som vi mätt för andra gången under 2022. 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. Sammantaget resultat för HSE-index är 84 varav 82 för hälso- och sjukvård och 87 för tandvård vilket är en liten ökning för de båda verksamhetsgrenarna jämfört med 2021. Samtliga värden är höga och visar på att patientsäkerhetskulturen i bolaget är god. Vi ser ändå ett behov av 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 2022.



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.

Supportorganisationen vid avdelningen för kvalitet och hållbarhet 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 ledningssystemets startsida har gränssnittet förbättrats, avvikelseflödet förtydligats och uppföljning av avvikelser görs numera i ett BI-verktyg.

I september månad genomfördes en patientsäkerhetsvecka med lunchseminarier där såväl interna som externa föreläsare behandlade ämnen som arbetsmiljöns påverkan på patientsäkerheten, läkemedel och vårdkvalitet.

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

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 med regelbundenhet i ledningssystemets årskalender.

Exempel på obligatoriska utbildningar är:

- Antibiotikasmart (STRAMA)
- Basala hygienrutiner (Socialstyrelsen)
- Introduktion i kvalitetsarbete
- Kvalitetssäkring av journalhantering
- Patientsäkerhet (Socialstyrelsen)
- Strålsäkerhet

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 §

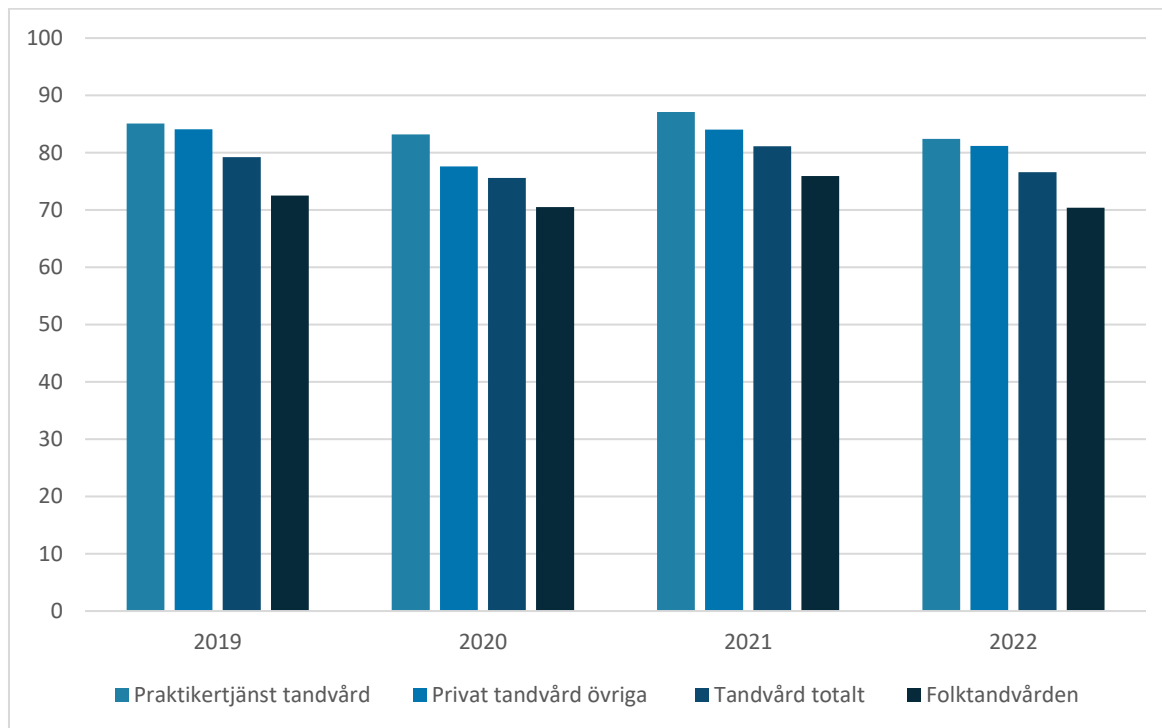
Verksamheterna arbetar aktivt för att göra patienter och närstående delaktiga. Här är det av stor vikt att patienten har tillräcklig information om sin situation och sina möjligheter samt risker och fördelar med den planerade behandlingen. I ledningssystemet finns stöd för att utveckla arbetet med bemötande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

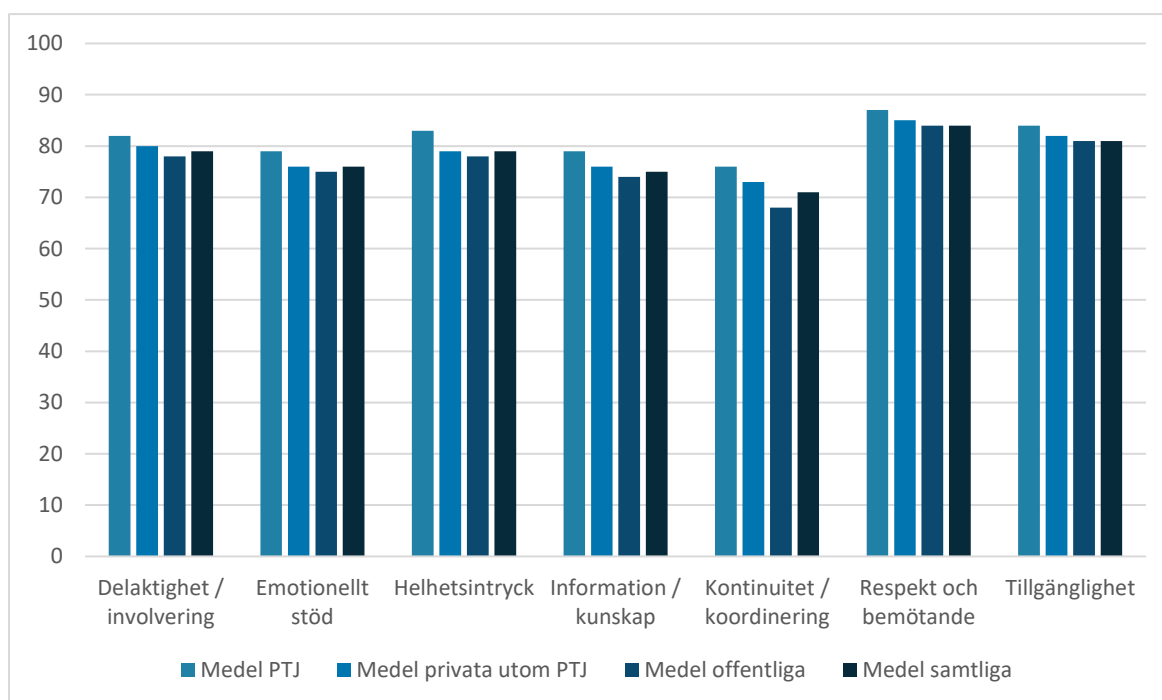
Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot lokalt i verksamheten men också av avdelningen för kvalitet och hållbarhet via en patienttelefon dit patient och närstående kan vända sig. På avdelningen finns kvalitetshandläggare, anmälningsansvariga läkare och tandläkare och kvalitetstandläkare som bistår med utredning, uppföljning och medling. Praktikertjänsts reklamationsnämnd handlägger reklamationsärenden i tandvården.

Resultatet av arbetet med delaktigheten mäts via olika former av lokala patientenkäter och nationellt genom Svenskt kvalitetsindex (SKI) och Nationella patientenkäten (NPE) där Praktikertjänst ligger i topp i samtliga mätområden, se grafer nedan.

Figur 2. Utfall SKI Tandvård under perioden 2019 - 2022.



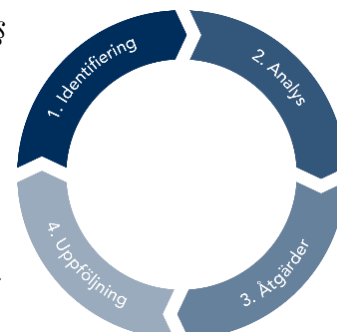
Figur 3. Utfall av de 7 dimensionerna i den nationella patientenkäten inom primärvård för 2022.



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Egenkontroll och riskbedömningar görs regelbundet i verksamheterna, standardiserade mallar återfinns i ledningssystemet. Årskalendern i ledningssystemet påminner och stödjer att egenkontroller utförs och anger en minsta frekvens för genomförande. Detaljerat resultat med tillhörande analys redovisas i lokal patientsäkerhetsberättelse. Beroende på resultat väljer verksamheter att öka antal egenkontroller.



Utfall och analys av genomförd lagefterlevnads kontroll har spridits till verksamheterna via intranätet.

Under 2022 har allt fler egenkontroller och riskanalyser infogats in i ledningssystemets årskalender för att möjliggöra uppföljning av att verksamheterna genomför sina egenkontroller. 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:

- 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

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

Händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i Praktikertjänsts avvikelssystem. Avvikelse kategoriseras som tillbud eller skada/olycka. Händelsen riskbedöms av verksamhetschef enligt SKR:s riskmatris¹. Primärt utreds händelserna lokalt i verksamheten. Då misstanke finns om allvarlig vårdskada kontaktar verksamhetschef eller MLA²/OLA³ enligt rutin anmälningsansvarig läkare eller tandläkare. Om en strålkälla har varit inblandad involveras även strålsäkerhetsstrateg av anmälningsansvarig. I samråd beslutas sedan om händelseanalys ska utföras eller om andra åtgärder ska vidtas.

All händelseanalys av allvarliga vårdskador är centraliserad till anmälningsansvarig läkare/tandläkare eller kvalitetshandläggare i syfte att arbetet i alla delar ska vara så likvärdigt som möjligt samt utföras med minimal

¹ Fyrgradig skala där 1 är ingen skada och 4 är katastrofal skada

² MLA: medicinskt ledningsansvarig läkare

³ OLA: odontologiskt ledningsansvarig tandläkare

bias. Analysledare söker främst att hitta organisatoriska brister för att identifiera ”blinda fläckar”, felaktiga/bristande rutiner eller behov av generell fortbildning med mera. Metoden som används i händelseanalysen är ”5 varför”, en vedertagen modell för att finna rotorsaken till en händelse. Efter genomförd händelseanalys beslutar anmälningsansvarig om anmälan enligt lex Maria ska göras.

Antalet anmälningar av allvarlig vårdskada enligt lex Maria under 2022 var 32 st. inom hälso- och sjukvård, en liten ökning (10%) jämfört med 2021, och 2 st. inom tandvård, vilket är i stort sett oförändrat jämfört mot 2021. Det är endast inom primärvård som anmälningar enligt lex Maria har gjorts under 2022 och Praktikertjänsts primärvård står för drygt 10 % av det totala antalet lex Maria inom svensk primärvård under 2022 vilket är något högre än Praktikertjänsts primärvårds andel av svensk primärvård totalt (8%).

Vi ser detta som positivt, dvs att verksamheterna har en ökad medvetenhet om vikten av att identifiera vårdskador. Vi ser också att händelserna identifieras allt tidigare och att kontakt med anmälningsansvarig sker i ett tidigare skede jämfört med föregående år, något som underlättar händelseanalysen. 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.

I våra händelseanalyser inom hälso- och sjukvård så rör de flesta allvarliga vårdskador försenad eller förbisedd diagnos och i flera av anmälningarna identifieras avvikelser i vårdens överlämningar och kommunikation. Ett arbete med att förbättra diagnostiken inom hälso- och sjukvård planeras därför att inledas under 2023. Inom tandvården är anmälningarna enligt lex Maria så pass få att det inte går att lyfta fram något enskilt område.

Kontinuitet i vården är fortfarande en mycket viktig förutsättning för patientsäkerheten. Här kan vi trots inträffade händelser säga att vi har en god kontinuitet i våra verksamheter. Detta bekräftas av den Nationella Patientenkäten för primärvård där vi som redovisats tidigare får bättre resultat än såväl övriga privata aktörer som den offentliga vården gällande kontinuitet.

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

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.

Praktikertjänsts ledningssystem möjliggör 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 14001:2015.

I ledningssystemet finns en årskalender som visar de egenkontroller, riskbedömningar och övriga aktiviteter som verksamheterna ska göra med regelbundenhet utifrån olika periodicitet. Det innehåller också systemstöd för rapportering av risker och avvikelser, användande av checklistor, dokument- och processhantering,



kemikaliehantering, hantering av medicinteknisk utrustning och de utbildningar som verksamheterna ska genomföra.

För att förenkla för verksamheterna att samla sina icke-ekonomiska mål och systematisera förbättringsarbetet används en *Verksamhetsplan*, mallen finns i ledningssystemet. Verksamheterna påminns om att upprätta en verksamhetsplan via ledningssystemets årskalender. Samtliga kvalitetsområden tas upp. Verksamheterna ska hålla planen aktuell och revidera den regelbundet.

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

Som bevis på genomförd och godkänd lagefterlevnadskontroll får verksamheten efter inskickad lokal patientsäkerhetsberättelse inklusive eventuellt strålskyddsbokslut (PSB) ett kvalitetsdiplom. Målsättningen är att samtliga verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade. Under 2022 har 548 verksamheter erhållit kvalitetsdiplom vilket motsvarar nästan 70 % vilket är en nivå vi dock inte är nöjda med.

Under 2022 så har det fördjupade samarbete 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.

Som tidigare beskrivits så har vi identifierat diagnostik i vården som ett utvecklingsområde. Genom att skapa en organisation som stödjer våra medarbetare att ta korrekta beslut, göra kloka bedömningar och söka stöd när behov uppstår så vill vi skapa förutsättningar för att minska antalet felaktiga och fördröjda diagnoser.

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

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



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 2022 så har central uppföljning av genomförda riskanalyser, avvikelser och egenkontroller underlättats av ett BI-verktyg. Införandet av verktyget 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.

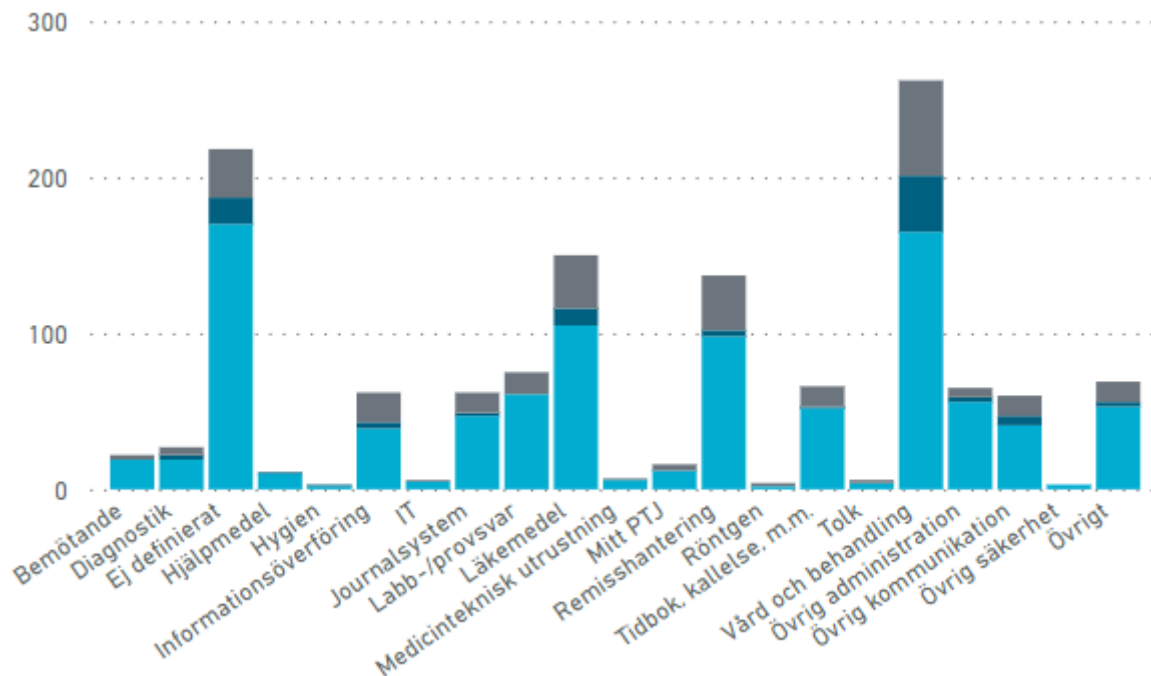


Avvikelser

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

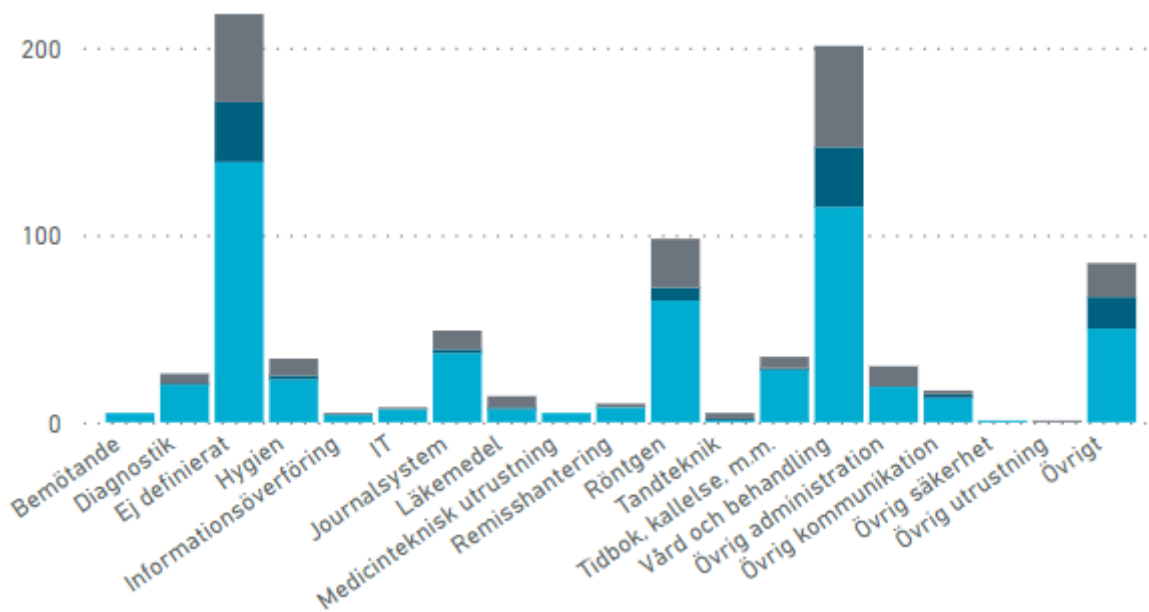
Under året rapporterades närmare 1600 patientsäkerhetsavvikelser inom hälso- och sjukvård och knappt 850 inom tandvård.

Figur 4. Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom hälso- och sjukvård under 2022.



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

Figur 5. Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom tandvård under 2022.



Inom såväl hälso- och sjukvård som tandvård är det dock många icke definierade händelser, 17% respektive 26%. Under 2022 så har valet ”icke definierat” därför tagits bort. Mycket få förbättringsförslag och riskobservationer är inrapporterade.

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 avdelningen för kvalitet och hållbarhet 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.

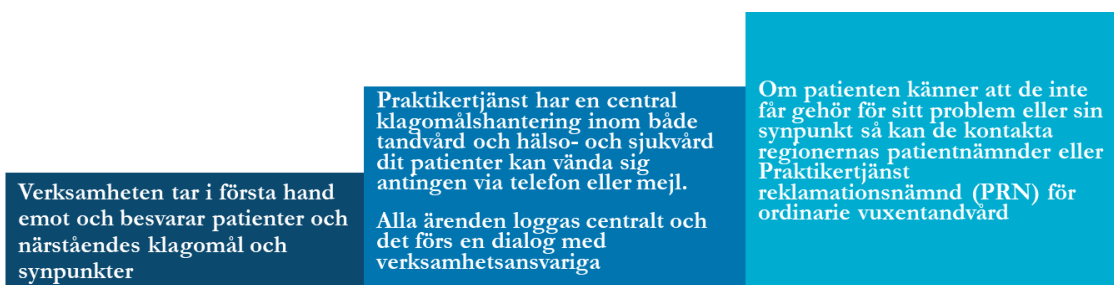


Bild 1. Praktikertjänsts klagomålstrappa

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 klagomålshantering sammanställs och analyseras av avdelningen och presenteras för koncernledningen. Detta gäller även ärenden från Praktikertjänsts reklamationsnämnd.

Under 2022 inkom 295 st. ärenden gällande hälso- och sjukvård till Praktikertjänst centrala klagomålshantering, en minskning jämfört med föregående år. Vård och behandling dominerar fortfarande, följt av tillgänglighet och administration.

Antalet ärenden inom tandvård var 501 st. Även här framträder vård och behandling som den största andelen. Följt av kostnad samt bemötande och information.

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 tar inte slut utan fortsätter enligt principen för ständig förbättring. Det innebär att arbetet med kompetensförstärkning fortsätter inom flertalet områden, exempelvis hygien och medicinskt ledningsansvar. Fortsatta ökad kompetens inom medicinskt ledningsansvar (MLA) uppnås genom såväl utbildning som det under året skapade MLA-nätverket. Inom tandvård fortsätter arbetet med att delta i uppdateringen av riktlinjer för vårdhygien inom svensk tandvård, HOBIT. Arbetet sker inom ramen för svensk förening för vårdhygien (SFVH). Det kommer också att ske en satsning på att uppdatera tandvårdsverksamheterna i de nya nationella riktlinjerna för vuxentandvård.

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 riktas till verksamheter som inte nått upp till godkänd lagefterlevnadskontroll eller publicerad patientsäkerhetsberättelse med strålskyddsbokslut 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. Vi ser att det fortsatt är en stor utmaning att bibehålla takten i revisionsarbetet. För att möta detta har avdelningens resurser omfördelats så att arbetet faciliteras.

Bytet till ett mer lättillgängligt system för rapportering av avvikelser har medfört ett ökat antal avvikelserrapporteringar. Däremot har antalet rapporterade riskbedömningar inte ökat i samma takt utan däremot minskat. Utmaningen för kommande år är att förbättra förutsättningarna och kunskapen kring riskrapportering.

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

Tabell 1. Resultaten av 2022 års mål samt 2023 års målvärden.

	Målvärde 2022	Målvärde 2023
Ökad rapportering av patientrelaterade avvikelser	3,000 avvikelser	3,000 avvikelser
Patientsäkerhetsindex ⁴	10	10
Bibehållet patientsäkerhetsengagemang	86	86
Hållbar riskmedvetenhet ⁵	100	70
Följsamhet till revisionsplanen	90 verksamheter	90 verksamheter
Antal antibiotikarecept per 1000 listade patienter i primärvården	115 recept	125 recept
Genomförda egenkontroller och riskbedömningar	100% av verksamheterna	100% av verksamheterna
Genomförda obligatoriska utbildningar	100% av verksamheterna	100% av verksamheterna

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 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 men justeras ändå upp då målet för 2022 sattes utifrån pandemins effekter i form av en generellt kraftigt minskad antibiotikaförskrivning i landet. Målvärdet är fortsatt under STRAMAs nationella mål och det uppskattade målet för primärvården om 150 recept, vilket baseras på att primärvården står för c:a 60% av den nationella antibiotikaförskrivningen.

Under året fortsatte kunskapsförstärkningen i bolaget 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.

⁴ Antal lex Maria per IVO-ärenden med kritik, mäter grad av proaktivt patientsäkerhetsarbete

⁵ Mäts med HRM-index

Värdet för ”Hållbar riskmedvetenhet” är dock exponentiellt, dvs på varje avvikelserapport förväntades 100 riskobservationer. Målvärdet justeras därför till 70 vilket innebär att det förväntade antalet riskobservationer i stället blir drygt 2 per rapporterad avvikelse.

Arbetet med kulturförändring i ett stort bolag med en decentraliserad organisation är krävande. Det behöver hela tiden utvecklas och nya mål kommer att bli aktuella under resan. 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 % - något 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.