

**Patientsäkerhetsberättelse och
strålskyddsbokslut
för Praktikertjänst AB
År 2024**



INNEHÅLL

INNEHÅLL	2
VÅRDGIVAREN PRAKTIKERTJÄNST	4
INLEDNING	5
SAMMANFATTNING	7
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	9
Engagerad ledning och tydlig styrning	9
Övergripande mål och strategier	9
Organisation och ansvar	10
En god säkerhetskultur	13
Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index	14
Best practice	15
Patientsäkerhetsveckan	15
Adekvat kunskap och kompetens	16
Introduktionsprogram.....	16
Utbildning	16
Stöd	16
Patienten som medskapare	16
Patient och närståendes delaktighet	17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ	19
Obligatoriska utbildningar	20
Egenkontroll.....	20
Strålskärmning	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador	22
Tillförlitliga och säkra system och processer	24
Systematisk uppföljning.....	24
Kontinuitet	25
Åtgärder av större betydelse för informationssäkerheten	25
Stöd och uppföljning inom strålsäkerhet.....	25
Säker vård här och nu	26
Riskhantering	26
Stärka analys, lärande och utveckling.....	27
Avvikelser	27
Klagomål och synpunkter.....	31

Analys, lärande, utveckling - Uppföljning av informationssäkerheten	32
Öka riskmedvetenhet och beredskap	33
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	34

VÅRDGIVAREN PRAKTIKERTJÄNST

Praktikertjänsts affärsområde tandvård är den största aktören i Sverige inom privat driven tandvård och verkar huvudsakligen inom allmäntandvård. I affärsområdet arbetar knappt 3 200 tandläkare, tandtekniker, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister vid de cirka 500 vårdverksamheter med tillståndspliktiga eller anmälningspliktiga strålkällor över hela landet. I bolaget finns även omkring 40 specialisttandläkare som representerar i stort sett samtliga odontologiska specialiteter.

Praktikertjänsts affärsområde hälso- och sjukvård är en av de största aktörerna i Sverige inom privat driven hälso- och sjukvård. I affärsområdet arbetar drygt 3 700 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 ungefär var sjätte i Praktikertjänsts regi.

Aktieägarna arbetar själva som verksamhetsansvariga i våra vårdverksamheter i hela landet. Praktikertjänst fanns under 2024 representerade i närmare 200 kommuner i landets 21 regioner.

INLEDNING

Praktikertjänst är engagerad i det nationella arbetet för att säkerställa en god och säker vård för alla patienter. Vi strävar aktivt efter att minimera antalet vårdskador och arbetar mot målet att varje patient ska uppleva trygghet och god omsorg.

För att uppnå dessa mål ser Praktikertjänst att en god kvalitet och patientsäkerhet måste utvecklas i harmoni med en positiv arbetsmiljö och psykologisk trygghet. Vi främjar en kultur där medarbetare och ledning samarbetar strukturerat för att ständigt förbättra verksamheten. Denna patientsäkerhetsberättelse, inklusive strålskyddsbokslut, utgör en viktig del av vårt arbete. Det lokala patientsäkerhets- och strålskyddsarbetet redovisas i de sammanställningar som görs av våra olika verksamheter.

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 sig trygga. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras tillsammans med patienten. Under 2024 har Praktikertjänst arbetat för att öka patientsäkerheten och strålskyddet. Här är några av de viktigaste händelserna och aktiviteterna:

- Vi har fortsatt att få höga resultat i mätningar av patientsäkerhetskulturen.
- Vi har fått högsta betyg i patientnöjdhet i alla kategorier i den nationella patientenkäten för primärvård, och vi har också fått höga betyg i SKI:s årliga mätning av kvalitet inom tandvård.
- En utbildningsdag för alla verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård har genomförts.
- Vi har etablerat en temavecka om patientsäkerhet som genomfördes enligt plan. Årets ämnen var: säker och hygienisk vård, kompetensförsörjning, vikten av säker medicinteknisk utrustning och klinisk användning av kvalitetsregister.
- Antalet anmälningar till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt lex Maria har varit stabilt, men antalet avvikelser som kvalitetsavdelningen har hanterat har ökat. Det är positivt att våra verksamheter blir bättre på att identifiera och rapportera risker för allvarliga händelser i vården.
- Antalet anmälningar till IVO om störningar i nätverk och digitala system som påverkar vården har ökat kraftigt. Detta visar att vi är mer benägna att rapportera avbrott och att vår centrala incidentrespons fungerar bra.
- Antalet registrerade patientsäkerhetsavvikelser och genomförda egenkontroller av medicinska bestrålningar inom tandvården fortsätter att öka.
- Metoderna vid våra två neurofysiologiska laboratorier har ackrediterats enligt ISO/IEC 15189:2022.
- Vi har genomfört över 130 interna revisioner vid våra ca 730 vårdverksamheter.
- Kvalitetsavdelningen och klinisk kvalitet har omorganiserats.
- Utbildning och förbättringar i det nya ledningssystemet pågår.
- Implementeringen av gemensam IT för koncernen fortsatte under året, vilket har ökat skyddet av våra digitala miljöer och patientdata.
- Vi arbetar kontinuerligt med att följa strålskyddsregelverket.
- Vi har inventerat alla registrerade intraorala röntgenutrustningar inom Praktikertjänst.
- Vi har inlett ett samarbete med Medrave för att få en anpassad lösning för kvalitetsindikatorer som möjliggör bättre regionala jämförelser.
- Vi har lanserat ett uppföljningsverktyg för patientsäkerhet som är tillgängligt för alla medarbetare.

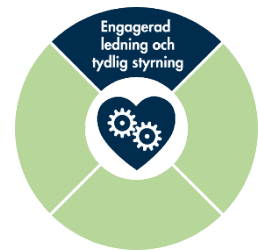
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 gällt 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 kvalitetsregister¹. Arbetet inkluderar också utveckling och förfinande av digitala verktyg för verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsuppföljning.

Informationssäkerhet 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. Verksamhetschef ansvarar för 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.

Medicinsk eller odontologisk ledningsansvarig

I de fall verksamhetschefen inte har medicinsk eller odontologisk kompetens utser denne en medicinskt/odontologiskt ledningsansvarig (MLA/OLA) med aktuell

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

kompetens. Uppdragsbeskrivningar för MLA/OLA finns i ledningssystemet. 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, såväl interna som externa, 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 huvudkontoret. I det operativa arbetet ingår utredning och uppföljning av patientskador, anmälningar enligt lex Maria, patientklagomål inklusive Praktikertjänsts reklamationsnämnd och myndighetsärenden från exempelvis IVO samt egenkontroll inklusive lagefterlevnadskontroll, intern revision 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 Praktikertjänst organisation.

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

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 utföra en säker vård är samverkan nödvändig för ökad kunskap om vad som blir rätt. Praktikertjänst samverkar med myndigheter och 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 2024 har arbetet fortsatt med att föra över statistikverktyget Medrave till en central lösning så att Praktikertjänst på ett bättre sätt kan följa och utvärdera medicinska kvalitetsindikatorer samt genom ett proaktivt arbete förebygga kvalitetsbrister i verksamheterna.

Lokal samverkan

Lokal samverkan sker med olika aktörer, till exempel andra 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. Avvikelse och riskobservationer från och gentemot andra vårdgivare är grunden för gemensamt förbättringsarbete med andra vårdgivare. Under 2024 utgör nästan 1/5 av alla avvikelser externa aktörer. Andra samverkansformer är samverkansmöten.

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 i MLA nätverket till stöd för ett aktivt förbättringsarbete. Identifierade avvikelser eller risker som är relevanta kommuniceras även i olika samverkansmöten internt. Vi arrangerar två gånger årligen verksamhetschefsdagar. Nya chefer och nytillträdde medicinskt ledningsansvariga erbjuds att delta i internutbildningar där vi regelbundet uppdaterar relevanta kunskaper för hela organisationen.

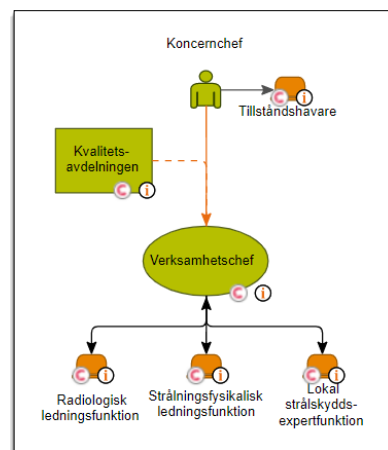
Informationssäkerhet – organisation och ansvar

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

dataskyddsförordningen GDPR. Under 2024 har samtliga roller effektiviserat sitt samarbete i Informationssäkerhetsfunktionen med ökad samsyn om prioriteringar, ökad synkronisering och effektivare resursfördelning som tre tydliga förbättringar.

Strålskydd

Praktikertjänsts strålskyddsorganisation finns åskådliggjord och formulerad i ledningssystemet, se bild. 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 2024 riktats till tandvård, tandteknik och hälso- och sjukvård genom lathundar och filmer, genomförande av kurser, stöd på plats och webinarier.



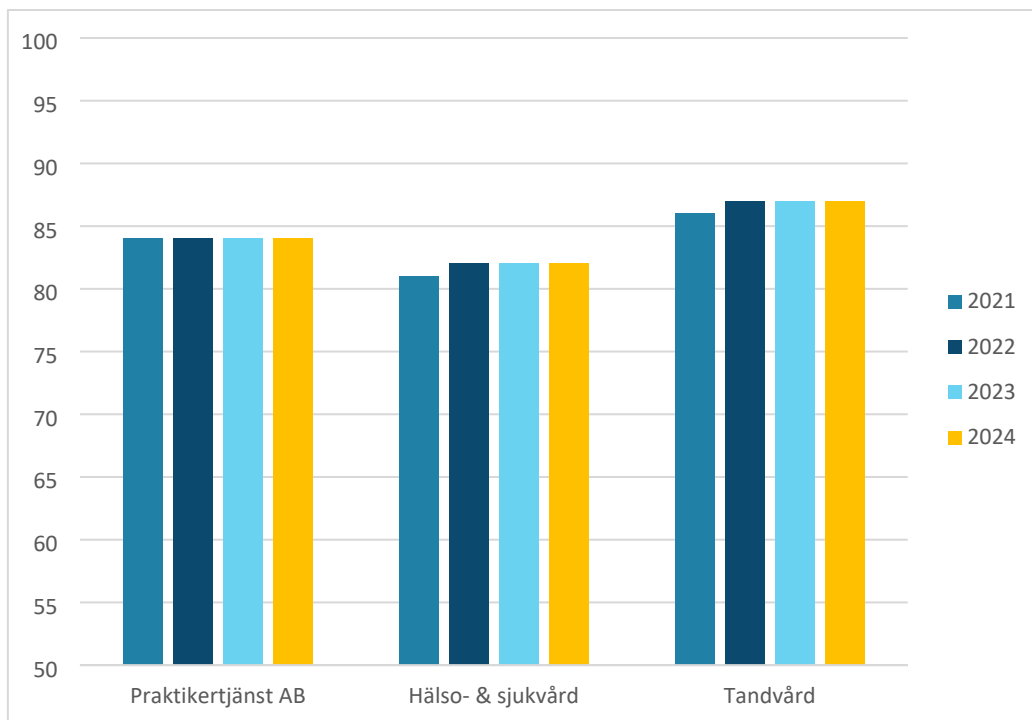
Ledningssystemets årskalender innehåller de aktiviteter som egenkontroller, riskbedömningar, utbildningar uppdatering av dokument och funktionskontroller som verksamheten ska genomföra. Arbetet i ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll, intern allmän revision (IAR), intern och 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 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 helt 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 2024.



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. Systemet uppdateras löpande för att också möta de krav som ställs av Läkemedelsverket. I systemet påminns verksamheterna om gällande kontroll och förebyggande underhåll inklusive dokumentation från dessa tillfällen.

Best practice

Sedan 2023 pågår en intern kampanj med goda initiativ och exempel från verksamheterna runt om i landet. Under 2024 delades 11 goda exempel, varav 4 inom tandvård och 7 inom hälso- och sjukvård. Syftet med best practice 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 och artiklar på intranätet. Veckan fokuserade på 5 år efter Agera på

säker vård med hygien och medicinteknisk utrustning, kompetensförsörjning och systematisk uppföljning och utvärdering med stöd av nationella kvalitetsregister (SKaPa och PVQ) och Medrave.

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 obligatoriskt utbildningsprogram under det första året i bolaget.

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)
- Datskydd (skydd av personuppgifter)
- 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.

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

En av grundförutsättningarna för god delaktighet är en god tillgänglighet. Patienterna inom hälso- och sjukvård skall ha en enkel väg till att kommunicera med behandlare. Kommunikationsverktyget Mitt PTJ är en app som erbjuder digital fysisk vård. Denna utvecklas kontinuerligt. Plattformen tillhandahålls av Doctrin och är en kvalitetssäkrad, informationssäker och CE-märkt medicinteknisk produkt och Praktikertjänst har en avdelning som arbetar för ständiga förbättringar och att föra ut ”best practice” exempel inom Praktikertjänst.

För närvarande använder 52 (ca hälften av alla primärvårdsenheter inom Praktikertjänst) samt 10 specialistmottagningar (inkluderar rehab, MVC, BVC och specialistvård) Mitt PTJ. Under 2024 registrerades det ca. 800 000 ärenden i Mitt PTJ. En sammanfattning av det, visar att ca 50% av dessa leder till att ärendet sluthandläggs helt digitalt med en medicinsk bedömning. Tjugo procent leder till ett fysiskt besök på vårdenheten. Det genomförs även ca 20% rent administrativa åtgärder. Enbart 0,5% hänvisas till Näraakut, Jourcentral eller akutmottagning.

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.

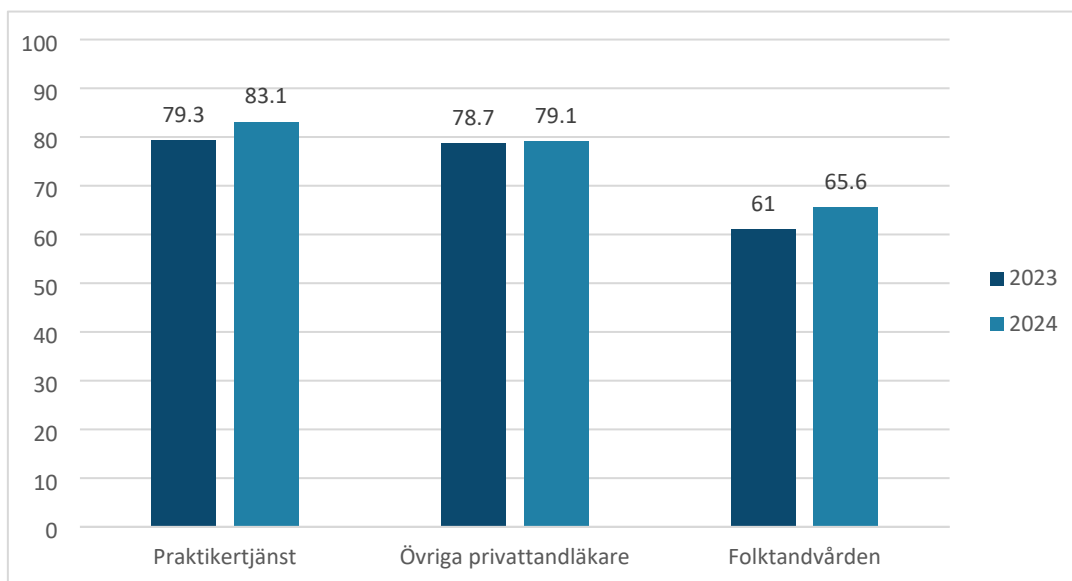
Ledningssystemet innehåller stöd för att utveckla arbetet med bemötande och delaktighet genom information till patient och närstående.

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.

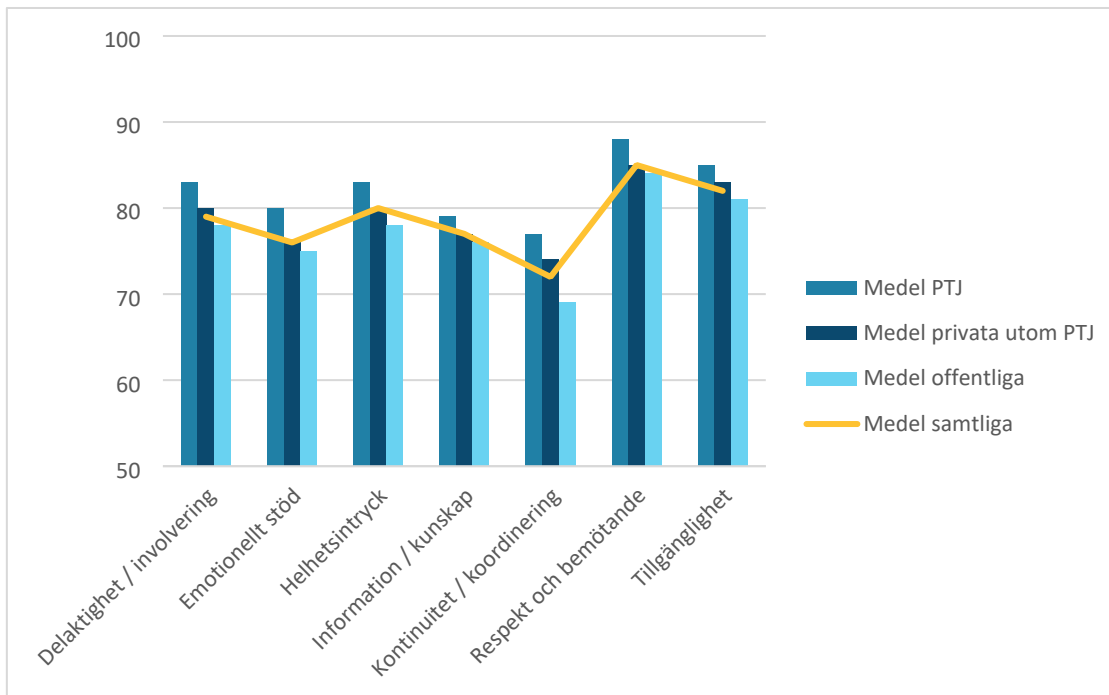
Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot lokalt i verksamheten men också av kvalitetsavdelningen via digitala kanaler och via en patienttelefon dit patient och närstående kan vända sig. På avdelningen finns kvalitetshandläggare, anmälningsansvarig läkare och tandläkare och kvalitetstandläkare 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 kundnöjdhet 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 figur 2 och 3 nedan. I den nationella patientenkäten (NPE) 2024 uppvisar primärvårdsenheterna inom Praktikertjänst som deltar, ett medelresultat för samtliga dimensioner som överträffar medelvärdena för övrig privat vård och offentliga enheter. Av de 63 Praktikertjänst enheter som ingår i enkäten, placerar sig 14 av dessa Sveriges hundra bästa presterande enheter.

Figur 2. Utfall SKI Tandvård under 2023–2024.



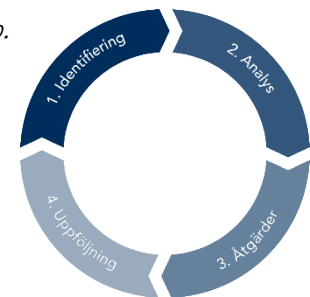
Figur 3. Utfall av de 7 dimensionerna i den nationella patientenkäten inom primärvård för 2024.



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. Under 2024 har fokus lagts på det systematiska kvalitetsarbetet genom att:



- Lyfta vikten av förebyggande arbete.
- Utbilda kring ledningssystem, om registrering och genomförande av egenkontroller.
- Förenkla arbete med egenkontroller i syfte att minska arbetsbördan i verksamheterna.
- Lansera framtaget system 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.

Patientsäkerhet²	Hygien²	Förskrivning³	Strålsäkerhet
36%	57%	55%	71%

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.

Hygien	Läkemedel	Strålsäkerhet	Skydd av personuppgifter
59%	35%	85,2%	51%

Praktikertjänst följer upp och analyserar egenkontroll och riskbedömningar i verksamheterna och återför utfallet till verksamheterna via intranätet och varje tertiäl till koncernledningen via ledningens genomgång. Verksamheter med ett lågt resultat följs upp via interna revisioner. En vanlig förklaring till lågt resultat har varit att en egenkontroll genomförts med en annan rond (regionens eller egen mall) än den centrala. Under året har appen, där alla medarbetare kan se vilka egenkontroller som genomförts i verksamheten, lyfts fram för att öka engagemanget i det systematiska kvalitetsarbetet.

Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården

Med regelbundenhet görs varje år avstämningar mellan Praktikertjänsts register på verksamheter med CBCT- och panoramaröntgen och Försäkringskassans register, ett extra säkerhetsnät som fångar upp eventuella utrustningar som används utan att

² Socialstyrelsens utbildningar

³ Antibiotikasmart från Strama Stockholm

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.

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.

	2024	2023	2022
Antal CBCT	23	22	21
Antal undersökningar per CBCT	59	56	61

De flesta av CBCT-verksamheterna (82,6%) uppger att de har uppdaterat DosReg⁴ avseende undersökningsprotokoll och doser under året. En majoritet av de rapporterade doserna ligger inom intervallet satt av Strålsäkerhetsmyndigheten (DSN). Om de rapporterade doserna inte ligger inom DSN ska verksamheten undersöka om systemet behöver optimeras.

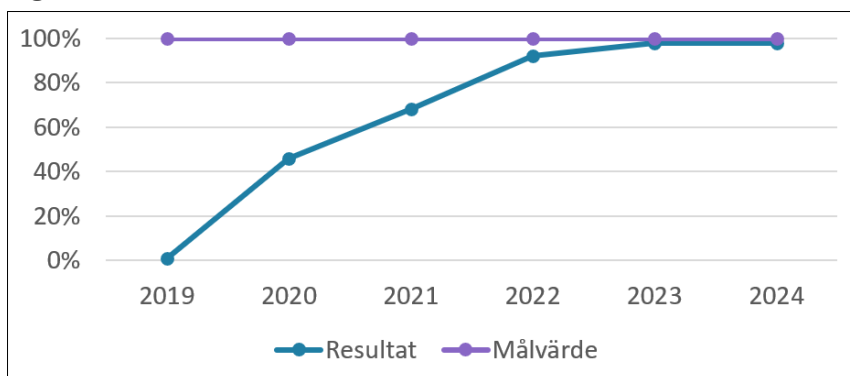
Strålskärning

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.

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.

⁴ Strålsäkerhetsmyndighetens nationella register för optimering av stråldoser

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.

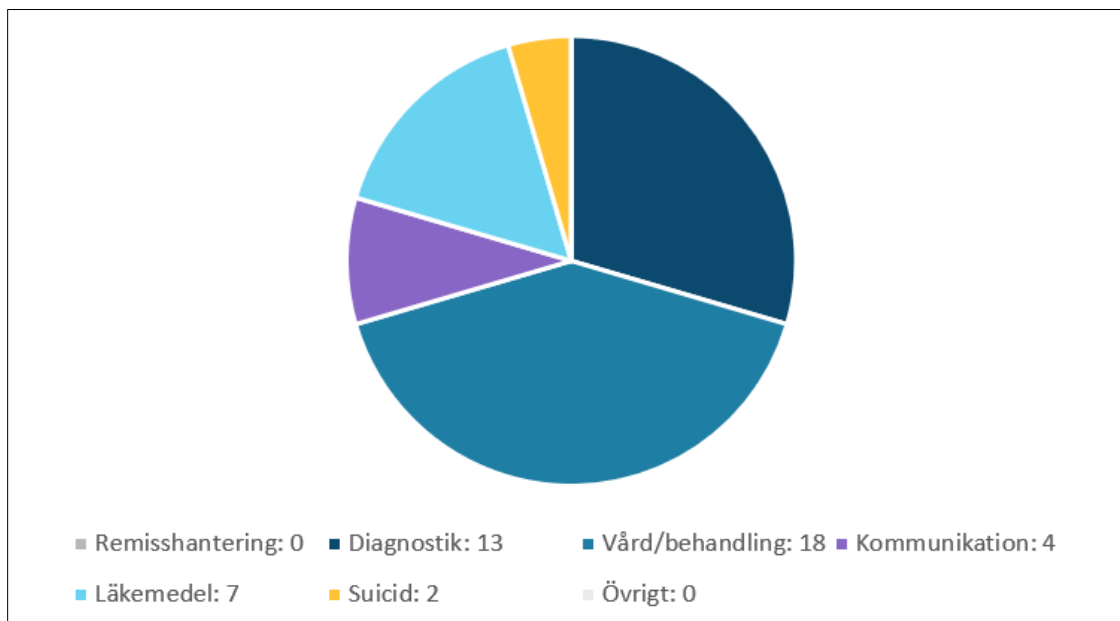


Händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i Praktikertjänsts avvikelssystem där de kategoriseras som risk, tillbud eller skada/olycka. Händelsen riskbedöms därefter av verksamhetschef eller avvikelseansvarig som när misstanke om allvarlig vårdskada finns kontaktar anmälningsansvarig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

Det gjordes 43 anmälningar av allvarlig vårdskada enligt lex Maria under året inom hälso- och sjukvård och tre inom tandvård. Inom hälso- och sjukvård så fördelade sig orsaksområdena enligt figur 5.

Figur 5. Inskickade lex Maria för 2024.



De främsta riskområdena är diagnostik, läkemedel samt vård och behandling. Diagnostik är naturligt då det är det svåraste området inom hälso- och sjukvård. Felaktig remisshantering kan dock finnas som delmoment inom flera ärenden kopplade till vård och behandling, men saknas som enskild orsak vid årets sammanfattning. 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.

Det är positivt att verksamheterna har en ökad medvetenhet om vikten av att identifiera risk för vårdskada och allvarlig vårdskada. Utöver antalet inskickade lex Maria har det skett en påfallande ökning av antalet avvikelser som det genomförs en händelseanalys i samarbete med anmälningsansvarig läkare. Inte alla dessa analyser slutar i en lex Maria-anmälan. 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 sprids internt inom organisationen och används också i utbildningssyfte i MLA-nätverket.

Koncernen har också ett system för visselblåsning som ger medarbetarna möjlighet till anonym rapportering av eventuella icke tillfredsställande 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 15189:2022.



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 strålskyddsbokslut

Över året genomförs tre sorters interna revisioner, intern allmän revision (IAR), elektronisk behörighet och ID-kort (HSA/SITHS), och för de verksamheter som är kvalitets- och miljöcertifierade genomförs ISO-revisioner. Revisionsprogrammet för IAR omfattar samtliga verksamheter och innebär att 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 HSA/SITHS omfattar samtliga vårdverksamheter och 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 2024 fick knappt 550 vårdverksamheter kvalitetsdiplom vilket motsvarar cirka 70%, även om det är fler än tidigare år är det en nivå som vi inte är nöjda med.

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 patientsäkerhetsstärkande faktor. Målet är att vi skapar förutsättningar för kontinuitet så att patienten i mesta möjliga mån får träffa samma behandlare. Kontinuitet och koordinering är en dimension i den nationella patientenkäten (NPE) för primärvården i Sverige 2024. Praktikertjänst överträffar samtliga övriga privata och offentliga primärvårdsenheter.

Åtgärder av större betydelse för informationssäkerheten

Den externa granskningen av hur informationssäkerheten styrs samt hur olika lagkrav efterlevs slutfördes efter sommaren och rapportens identifierade avvikelser och rekommenderade åtgärder inkluderades i ledningssystemet genom att bland annat föras in i IRMA-riskarbetet.

Införande av koncerngemensam IT och nätverksutrustning fortsatte under 2024 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.

Vidare så har det under försommaren och sedan intensivt under hösten arbetats med framtagning av styrande dokument gällande teknologi med artificiell intelligens (AI) parallellt med att det genomförts tester med olika AI-förstärkta tjänster.

Stöd och uppföljning inom strålsäkerhet

Den systematiska uppföljningen av strålsäkerhet bygger på revision och egenkontroll. Vid intern revision (IAR) granskas verksamheternas medicintekniska- och strålsäkerhetsarbete. Utfallet gav en delad bild där cirka en tredjedel av verksamheterna brast i dokumentation av genomförda åtgärder eller hade brister i uppdragsbeskrivningarna. Övriga verksamheter fick positiva omdömen.

I samband med årets re-registrering av all intraoral röntgenutrustning (sker vart 5:e år) uppdaterades utrustningsregistret med all obligatorisk information. Återstår gör komplettering av icke-obligatoriska fält.

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.



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.

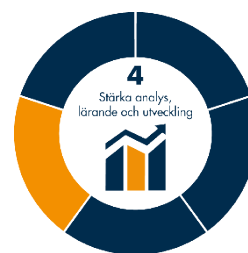
Varje tertial genomförs risk- och möjlighetsanalys med processägare och koncernledning. Arbetet är en del av det systematiska arbetet i ledningssystemet. Under 2024 var det fortsatt IT- och omvärldsriskerna som ökade mest. Två gånger per år uppdateras koncernens riskkarta som också tar hänsyn till ekonomiska 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 (95%) att de genomför riskanalys med stöd av ledningssystemet. Exempel på större förändringar är ombyggnation, flytt, byte av utrustning eller arbetssätt. Under året har 81 verksamheter utfört 116 riskbedömningar i ledningssystemet 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 2024 så har den centrala uppföljningen av genomförda riskanalyser, avvikelser och egenkontroller följts upp med stöd av Power BI för djupare analys av gjorda rapporteringar. Analyserna har 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 egenkontroll inom ett område i förhållande till avvikelserrapportering.

Avvikelser

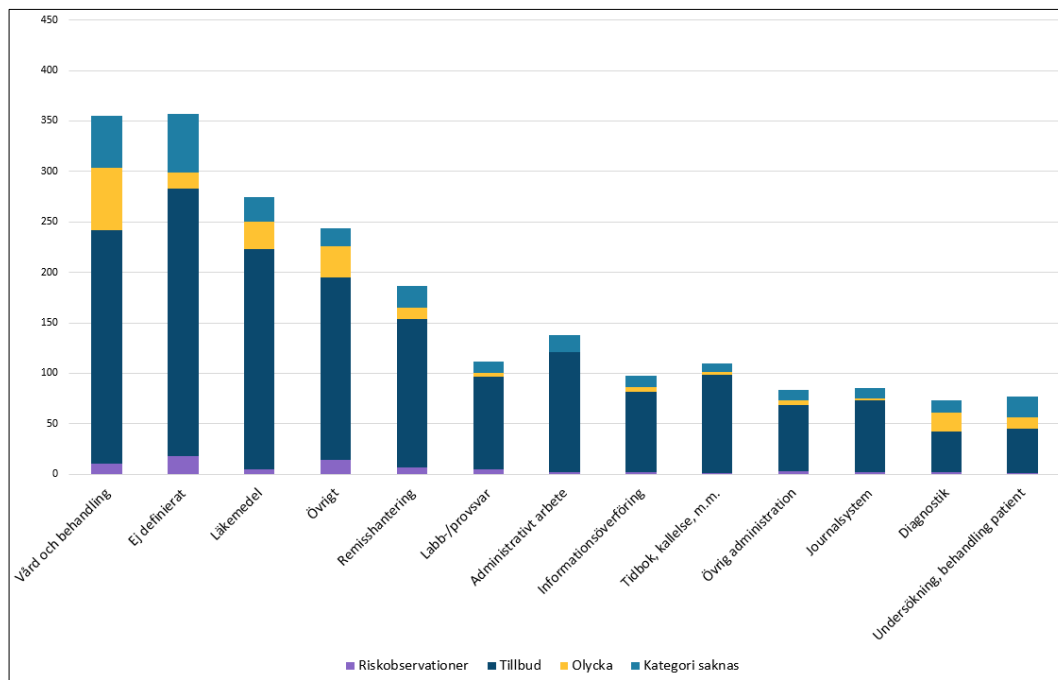
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under 2024 rapporterades 1879 patientsäkerhetsavvikelser, (en ökning totalt med ca 41% jämfört med föregående år) och 55 riskobservationer inom hälso-och sjukvård och 1034 patientsäkerhetsavvikelser och 50 riskobservationer inom tandvård, vilket är en ökning för bägge områden.

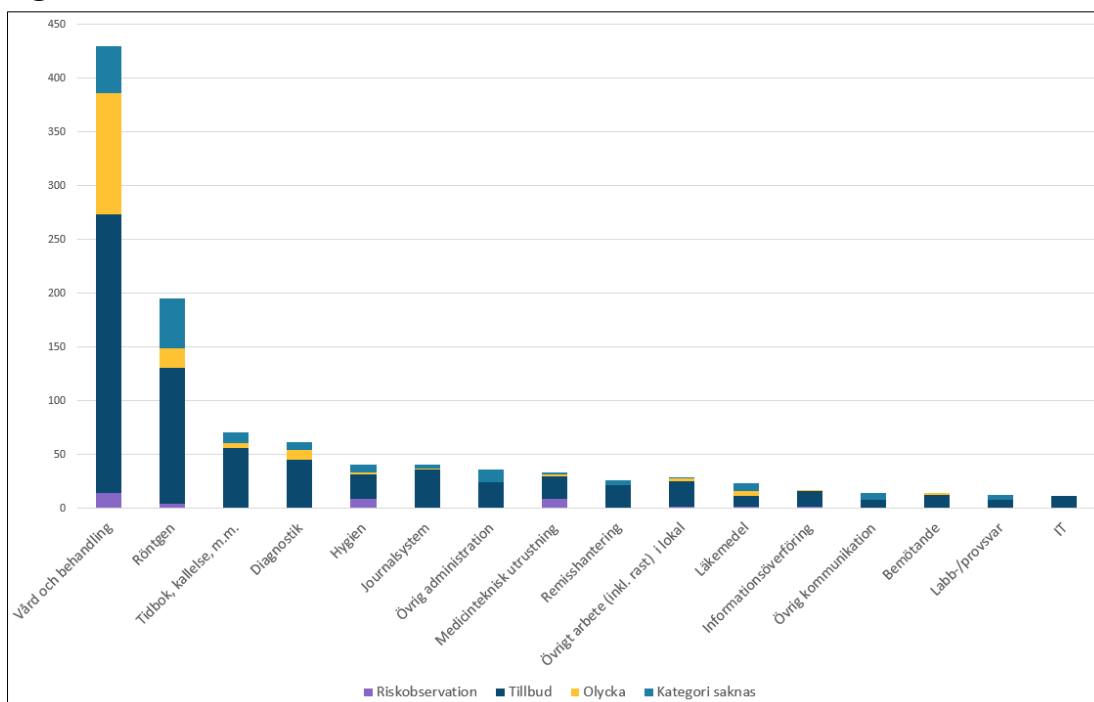
De vanligaste avvikelserna gällande patientsäkerhet inom hälso-och sjukvård rör vård och behandling (26%), remissshantering (11%) och läkemedel (16%).

Inom tandvård dominerar vård och behandling (40%) samt röntgen (18%) bland avvikelserna.

Figur 6. Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom hälso- och sjukvård under 2024.



Figur 7. Fördelning av patientsäkerhetsavvikelser inom tandvård under 2024.



Av de rapporterade avvikelserna inom tandvård bedömdes 5% som mer allvarliga och i tre 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 16%. 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 241 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 olika handhavandefel och tekniska problem såsom bildöverföring från sensor till journal. 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.

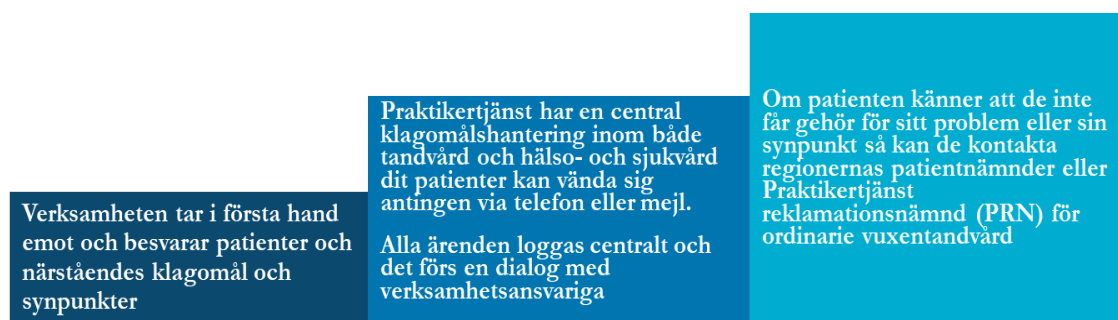


Bild 1. Praktikertjänsts klagomålstrappa.

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 reklimationsnämnd (PRN).

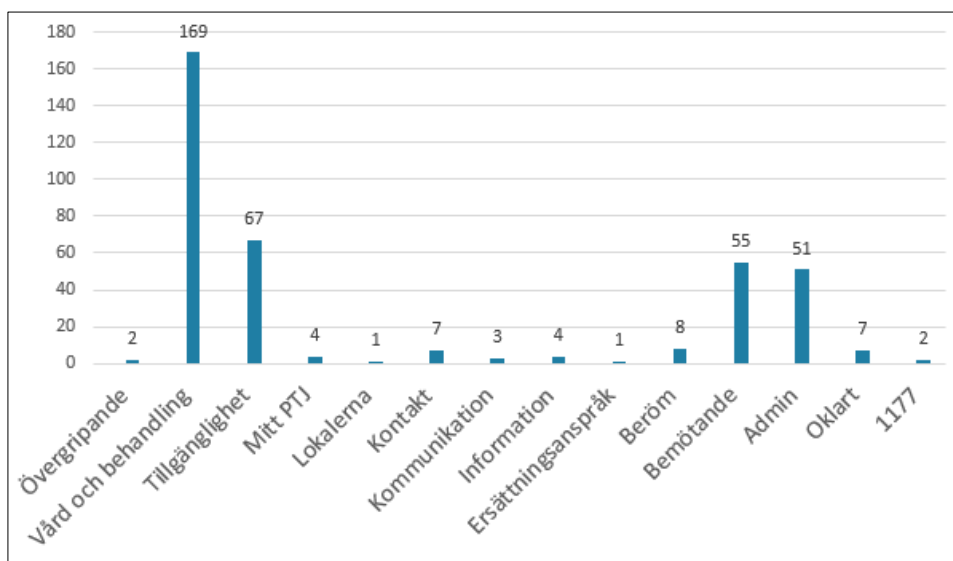
Under 2024 var det 20 ärenden som hanterades av Praktikertjänsts reklimationsnämnd. Sammanfattningsvis har patientens klagomål och yrkanden tillgodosetts i 5 fall av samtliga ärenden under 2024.

Tabell 4. Fördelning av inkomna klagomål till PRN.

Klagomålsgrupp	Antal
Protetiska åtgärder	8
Kirurgiska åtgärder	3
Sjukdomsbehandlande åtgärder	3
Undersökning och hälsofrämjande åtgärder	1
Reparativa åtgärder	2

Under 2024 inkom 275 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 8. Fördelning av klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvård 2024.



Det inkom 588 ärenden inom tandvård. Även här framträder vård och behandling som den största andelen, följt av kostnad, bemötande och information.

Analys, lärande, utveckling - Uppföljning av informationssäkerheten

Under året har rutin för incidentrespons förbättrats och använts skarpt vid ett flertal tillfällen. I varje sådant fall så avslutas responsen med utvärdering och förbättring. Förbättringsåtgärderna har primärt varit inom patientdatasäkerhet och IT men även inom andra områden som ökar patientsäkerheten.

Vidare har SITHS/HSA-arbetet (elektroniska 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.

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.



Under året har det skett ett arbete med syfte att identifiera de beredskapskrav som regionerna ställt på Praktikertjänst. Arbetet som utgått från regionernas instruktioner om totalförsvarets beredskapsplanering och har bland annat resulterat i en checklista med tillhörande instruktion som varje verksamhet ska besvara, "Vägledning vid kris". Denna checklista avser att vägleda verksamheter vid allvarlig och akut oförutsedd händelse. Därutöver har Praktikertjänst arbetat målmedvetet för att öka tillgängligheten till patientdata.

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. 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 som inte publicerat patientsäkerhetsberättelsen 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. Det är fortsatt en stor utmaning att bibehålla takten i revisionsarbetet. För att möta detta har en viss omfördelning av resurser gjorts för att underlätta arbetet.

För att ytterligare öka rapporteringen av såväl avvikelser som risker har flera kunskapsförstärkande åtgärder genomförts. 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 5. Utfall av 2024 års mål

	Målvärde 2023	Målvärde 2024
Ökad rapportering av patientrelaterade avvikelser	3,000 avvikelser	3,000
Patientsäkerhetsindex⁵	10	10
Bibehållet patientsäkerhetsengagemang⁶	86	86
Hållbar riskmedvetenhet⁷	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 uppnås mer än hälften av de mål som formulerats. Det är positivt och visar på ett förändrat fokus från reaktivitet till proaktivitet d.v.s. en kultur som prioriterar patientsäkerhet. Skiftet speglas också av ett högt resultat i genomförd

⁵ Andelen lex Maria i förhållande till andelen IVO-anmälningar som avslutas med kritik

⁶ Hållbart Säkerhets Engagemang HSE-analys

⁷ Antal riskobservationer i förhållande till antal avvikelser, HRM

patientkulturmätning, där vi nådde målet för patientsäkerhetsengagemang, och den tydligt ökande rapporteringen av patientrelaterade avvikelser.

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 1<145 recept, vilket baseras på att primärvården beräknas stå för cirka 40% av den nationella antibiotikaförskrivningen.

Vi nådde inte målet för hållbar riskmedvetenhet och målet behålls framåt. Det kan förklaras av att värdet är exponentiellt, dvs på varje avvikelse rapport förväntades 100 riskobservationer. För att nå målet förstärktes satsningen på chefläkarorganisation och MLA liksom månatliga webinarier och en temavecka i patientsäkerhet. Förstärkningar och fördjupade introduktionsutbildningar i patientsäkerhet och strålsäkerhet för tandvård är långsiktiga satsningar som förväntas ge resultat framåt.

Slutligen nåddes inte målet för egenkontroller men utfallet har förbättrats markant för egenkontroller inom medicinteknik och strålsäkerhet. En förklaring till det positiva utfallet är arbetet med att granska och kvalitetssäkra samtliga rutiner och egenkontroller inom området.

Arbetet med kulturförändring från reaktivitet till proaktivitet har fortsatt och förstärkts under året och bedöms som framgångsrikt då fem av åtta mål uppnåts. Under året gjordes en översyn av nuvarande långsiktiga mål som anpassades för kommande målperiod (2025–2027). Komplexa mål togs bort och ersattes av nya mål för att fortsätta det proaktiva arbetet. De nya målen har dessutom fått en tydligare koppling till miljö och hållbarhetsarbetet.

Tabell 6. Patientsäkerhetsmål för 2025.

Mål	Nyckeltal	Målvärde 2025
Patientsäker verksamhet		
	Patientnöjdhet	>83
	Andel avvikelser med väsentliga negativa konsekvenser som anmäls ⁸	100%
	Antal antibiotikarecept ⁹	130
	Bibehållen låg förskrivning av kinoloner ¹⁰	<10%
	Utfall av HSE	85
Säker hantering av medicinteknisk utrustning		

⁸ Nyckeltal för hållbarhetsrapportering

⁹ Antal antibiotikarecept/1000 listade i primärvård

¹⁰ Läkemedel med hög miljöbelastning. Avser förskrivning för urinvägsinfektioner

	Andel medicinteknisk utrustning med svensk bruksanvisning ¹¹	90%
	Andel CE-märkt medicinteknisk utrustning ¹¹	90%
	Andel strålkällor med korrekt riskbedömning	100%

¹¹ Nyckeltalet avser utrustning registrerad i Utrustningsregistret