

Patientsäkerhetsberättelse för Praktikertjänst AB 2021



Datum: 28 februari 2021

Ansvarig för innehållet: Marie Grunnesjö

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	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Stöd och uppföljning	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	15
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

SAMMANFATTNING

Under 2021 ser vi följande händelser och aktiviteter som de viktigaste:

- Ett högt resultat i mätningen av patientsäkerhetskultur
- Högsta resultat i samtliga kategorier i den nationella patientenkäten för primärvård
- En ökning av antalet registrerade patientsäkerhetsavvikelser
- Antalet enskilda IVO-ärenden minskade
- En patientsäkerhetsvecka genomfördes
- Implementeringen av det nya ledningssystemet har fortsatt
- 65 interna revisioner har genomförts varav 20 inom ramen för ISO-certifikaten
- Förnyelse av ISO-certifikaten för kvalitet och miljö
- Utökning av ISO-certifikatet för kvalitet gällande samtliga tandtekniska laboratorier
- Kontroll och uppföljning av verksamheternas nivå gällande informationssäkerhet
- Kontroll av efterlevnad avseende dataskydd (GDPR) och informationssäkerhet
- Ett tydliggörande av begreppen medicinskt ledningsansvarig (MLA) respektive odontologiskt ledningsansvarig (OLA) i verksamheterna
- Genomförande av en chefläkarorganisation för hälso- och sjukvård där regionala chefläkare inom primärvård också ingår
- En cheftandläkare har tillsatts
- Riskbedömning inför förändring har genomförts gällande byte av system för avvikelser- och riskhantering, utveckling av Mitt PTJ och ackreditering av ledningssystemet

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

Praktikertjänst Tandvård är den största aktören i Sverige inom privat driven tandvård och verkar huvudsakligen inom allmäntandvården. Inom Praktikertjänst Tandvård arbetar kring 3700 personer - tandläkare, tandtekniker, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister – vid de runt 600 mottagningar med tillståndspliktiga eller anmälningspliktiga strålkällor över hela landet. Knappt 40 speciallisttandläkare är också anställda i bolaget och representerar 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 över 4000 läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, dietister, barnmorskor, psykologer, kiropraktorer, arbetsterapeuter, logopeder och socionomer vid knappt 200 verksamheter geografiskt spridda över hela landet. Vid tre av dessa finns tillståndspliktig eller anmälningspliktig strålkälla. Av Sveriges knappt 1 200 vårdcentraler drivs närmare 500 i privat regi och av dessa drivs var sjätte i Praktikertjänsts regi.

Detta dokument och bifogat strålskyddsbokslut redogör för Praktikertjänsts centrala patientsäkerhetsarbete 2021. Praktikertjänsts lokala verksamheter har själva sammanfattat respektive patientsäkerhets- och strålskyddsarbete i enlighet med Sveriges Kommuner och Regioners mall.

Allt kvalitetsarbete i Praktikertjänst sker utifrån att vården ska vara säker. En säker vård där förekomst av vårdskador är låg handlar om att skapa en god vård, dvs att den:

- är av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främjar goda kontakter mellan patienten och tandvårds- eller hälso- och sjukvårdspersonalen
- är lättillgänglig

Patientsäkerhet påverkas av många faktorer och förutsättningar. Genom att systematiskt följa och analysera de risker, tillbud och skador som ses i verksamheten ökas kunskapen och det blir möjligt att förebygga risker i framtiden. Säker vård inkluderar också kunskap om vad som krävs för att vården ska bli rätt. De nationella kvalitetsregistren samlar den systematiska kunskapen.

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av tandvården och 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 2022. 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, antibiotikaföreskrivning och betydande processrisker.

Stöd och uppföljning

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 har successivt implementerats i verksamheterna sedan 2019. Det är certifierat för kvalitet och miljö enligt ISO 9001:2015 och ISO 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 eller intern och extern ISO-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 2021 har 646 verksamheter erhållit kvalitetsdiplom vilket motsvarar cirka 65 procent.

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 ledningssystemet. I ansvaret ingår att säkerställa att organisation och styrsystem stärker arbetet inom samtliga kvalitetsområden. Uppgifter och ansvar i organisationen är beskrivna i ledningssystemet.

Verksamhetschef har ansvar 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 har även att 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 den lokale verksamhetschefen inte har medicinsk eller odontologisk kompetens utser denne en lokal medicinskt/odontologiskt ledningsansvarig (MLA/OLA) med aktuell kompetens. För att stödja denna roll har ett arbete med en utbildning för lokala MLA initierats. 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 kvalitetsavdelningen vars uppgift är att stötta såväl verksamheterna som servicekontoret. I det operativa arbetet ingår utredning och uppföljning av patientskador, anmälningar enligt lex Maria, patientklagomål inklusive Praktikertjänsts reklamationsnämnd och myndighetsärenden från t.ex. IVO. Liksom samverkan med STRAMA (Strategigruppen för antibiotikaanvändning), nationella kvalitetsregister som SKaPa (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit), lagefterlevnadskontroll, egenkontroll och riskbedömningar. På avdelningen finns anmälningsansvariga tandläkare och läkare, kvalitetsstrateg och kvalitetshandläggare inom tandvård och hälso- och sjukvård.

Praktikertjänst har under 2021 fastställt en chefläkarorganisation för hälso- och sjukvård där även regionala chefläkare ingår. Vidare har även en cheftandläkare tillsatts.

Kvalitetsavdelningen 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 där specialister inom strålsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet, dataskydd, säkerhet och yttre miljö arbetar.

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 antibiotikaanvändning), NDR (Nationella Diabetesregistret), Senior Alert (geriatriskt kvalitetsregister), Luftvägsregistret med flera andra nationella kvalitetsregister.

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 §

Informationssäkerhetschef arbetar på uppdrag av styrelse och vd. I uppdraget ingår att stödja ett systematiskt informationssäkerhetsarbete i såväl verksamheterna som på servicekontoret. Koncernens Dataskyddsombud ansvarar för kontroll av efterlevnad av dataskyddsförordningen. Under året har ytterligare en medarbetare anställts för att arbeta med dataskydd.

Uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse

Året 2021 har efterlevnad av egenkontrollskrav avseende dataskydd och informationssäkerhet fortsatt att granskas. Syftet med detta är att vidmakthålla en god regelefterlevnad, upprätthålla integritet och säkerställa dataskydd för våra patienter.

Egenkontrollen omfattar punkter sprungna från ISO 27001 och GDPR-lagstiftning avseende bland annat klassning av information och tillhörande IT-system. En bred tillsyn inom informationssäkerhet och dataskydd ger en ökad medvetandegrad enligt vår erfarenhet, vilket tjänar grundsyftet med informationssäkerhet.

Genomförda riskanalyser

Risikanalyser har genomförts som del av fortlöpande arbete på ett antal basala system inom verksamheten som bearbetar eller lagrar information av extra känslig karaktär.

Risk- och konsekvensanalyser vid tilldelning av behörigheter har förbättrats ytterligare och kommer fortsätta uppdateras enligt nya myndighetsdirektiv. Arbetet ingår numer som en naturlig del i det löpande arbetet med att anpassa medarbetares behörighet och tillgång till information.

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. Under året har en ny verksamhetsnära dataskyddsutbildning publicerats. Liksom genomförandet av PCI DSS certifiering för den del av verksamheten som hanterar kortköp.

Införandet av ett förbättrat digitalt behandlingsregister och digitalt registerutdrag samt tillgodoseende av rätten att bli glömd i koncernen har lett till en ökad kontroll över var förvaring och behandling av personuppgifter sker.

Utvärdering vårdgivaren har genomförts av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

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.

Under året har ett flertal medvetenhetshöjande och orienterande aktiviteter genomförts. Dessa inkluderar phishing-test, riktade workshops, föreläsningar och nytt digitalt material inom området. Externa och interna revisioner har även genomförts.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Regelbunden kontroll av nyttjande av sammanhållna journalsystem inklusive journalslagningar görs månadsvis och vid behov/misstanke. Under året har en riktad granskning av journalföringen genomfört hos våra ensampraktiker som visade att journalföringen med några få undantag håller en hög nivå och uppfyller gällande lagkrav.

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.

Införande av ett gemensamt och integrerat ledningssystem som inkluderar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet, allmän säkerhet och yttre miljö stärker det systematiska utvecklingsarbetet och möjligheten till interaktivt lärande inom organisationen. Implementering av ledningssystemet har under 2021 riktats till tandvård och fortsatt inom hälso- och sjukvård. Arbetet har skett genom framtagning av lathundar och filmer samt genomförande av ett flertal workshops och webinarier tillsammans med verksamheterna.

Ledningssystemets årskalender innehåller de aktiviteter - egenkontroller, riskbedömningar och funktionskontroller - som verksamheten ska genomföra. Arbetet i ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll (LEK) och via intern allmän revision (IAR) eller intern och extern ISO-revision för de certifierade verksamheterna. Enskilt resultat från IAR och ISO återförs till berörda verksamheter, sammantaget resultat återförs till koncernledningen och via intranätet. Under 2021 har även en central sammanställning av rapporterade avvikelser och risker publicerats på intranätet. Den öppna redovisningen av iakttagelser och resultat medger en öppen kommunikation kring risker och ständig förbättring.

Arbetet med god säkerhetskultur fördjupades i och med att vi genomförde en första mätning av hållbart säkerhetsengagemang (HSE). HSE innehåller elva frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande hållbart medarbetarengagemang (HME) som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö.



Frageställningarna 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 81 för hälso- och sjukvård och 86 för tandvård. Bägge värden är höga och visar på patientsäkerhetskulturen i bolaget är god. Arbetet framåt fortsätter med att stärka kulturen i syfte att inkludera alla i det gemensamma ansvaret för patientsäkerheten.

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 kvalitetsavdelningen stödjer implementering av ledningssystemet. De uppmuntrar verksamheterna i användandet av ledningssystemet och bistår vid problem och frågor gällande dess användning. I arbetet med ledningssystemet uppmuntras till arbetsfördelning och vikten av involvering av samtliga i verksamheten. Supportorganisationen har även genomfört ett stort antal riktade utbildningar för hela verksamheten, företrädesvis digitalt.

Startsidan för ledningssystemet har vidareutvecklats för att stödja användarna i att enkelt navigera i ledningssystemet. Startsidan omfattar också årskalendern med de aktiviteter: egenkontroller, riskbedömningar och funktionskontroller, som verksamheten ska genomföra. Exempelvis påminns verksamheterna om samtliga obligatoriska kurser så att kunskapen inom kvalitetsområdena bibehålls eller stärks.

I oktober genomfördes en patientsäkerhetsvecka med lunchseminarier där såväl interna som externa föreläsare behandlade ämnen som hygien, anmälningar, vårdskador och introduktion i det nya avvikelshanteringssystemet.

För nya delägare och verksamhetschefer finns ett utbildningsprogram för det första året, till exempel GDPR för Tandvård/Hälso- och sjukvård och arbetsmiljöutbildning.



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. För att detta ska ske behöver patienten ha tillräcklig information om sin situation och sina möjligheter inklusive information om 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. Här ser vi dock att det finns utrymme för ett mer aktivt arbete ute i verksamheterna.

Synpunkter och klagomål från patient och närstående tas emot lokalt i verksamheten men också av Kvalitetsavdelningen 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 delaktighet och patientnöjdhet mäts via olika former av lokala patientenkäter och nationellt genom Svenskt kvalitetsindex (SKI) och Nationella patientenkäten (NPE) där Praktikertjänst i mätningen för 2021 ligger i topp i samtliga mätområden, bild 1-2.

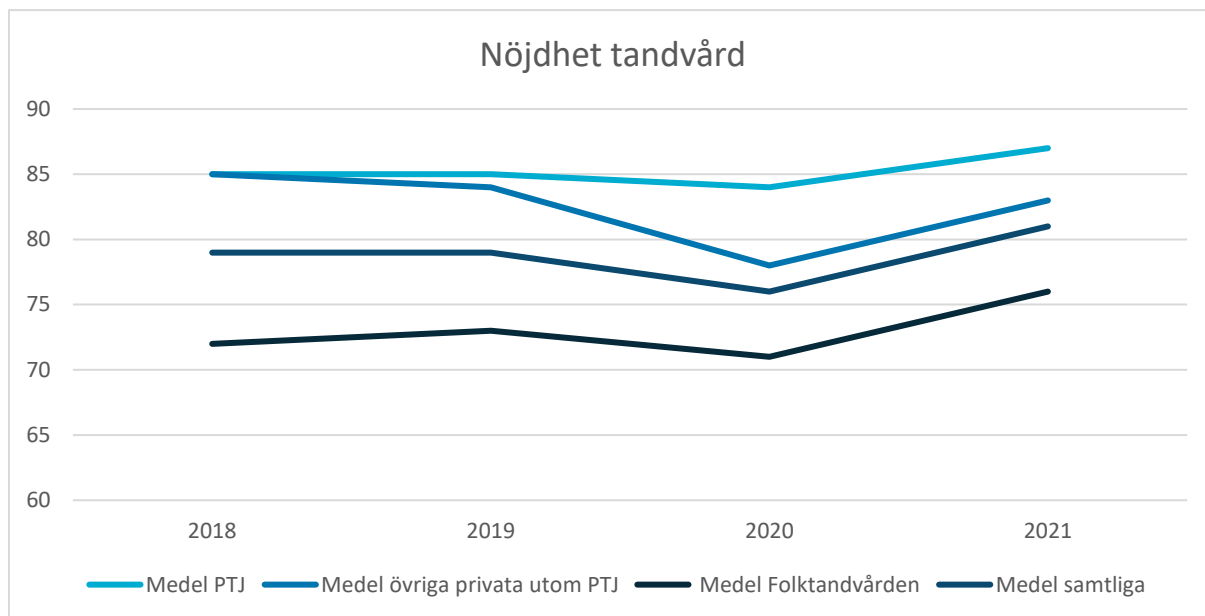


Bild 1. Nöjdhetsindex tandvård 2018 – 2021

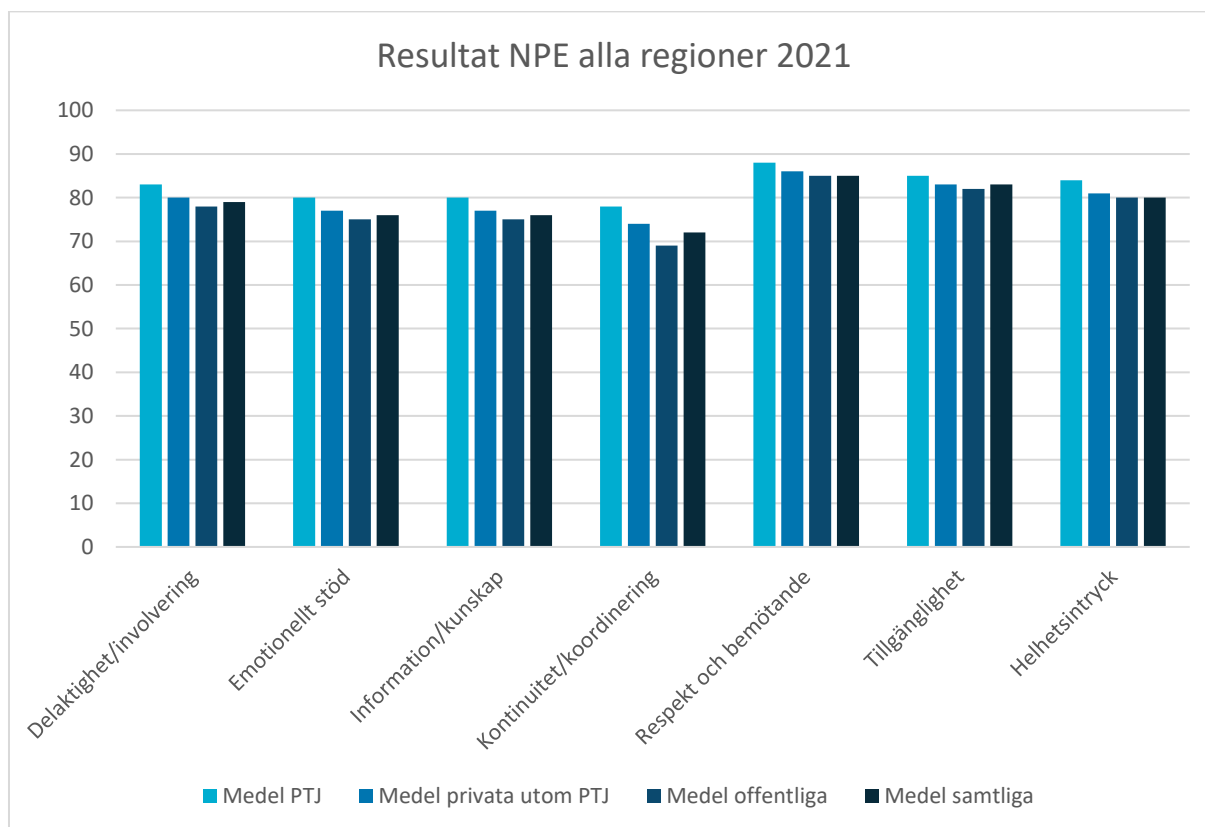


Bild 2. Resultat för Nationella patientenkäten för 2021

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

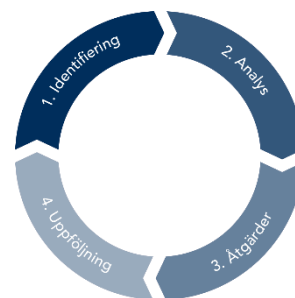
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

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 lagefterlevnadskontroll har spridits till verksamheterna via intranätet.

Under året har en uppdatering av läkemedelshantering initierats tillsammans med Apoteket AB. Generellt hanteras få läkemedel i verksamheterna. De kontroller som genomförts med stöd av farmaceut, s.k. apoteksrund, har identifierat förvaring som förbättringsområde. I syfte att stärka kunskapen om förvaring av läkemedel planeras framtagande av en utbildning i samverkan med Apoteket AB för lansering i ledningssystemet under 2022.



Tabell 1. Exempel på egenkontroller i ledningssystemet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Hygienrund	1 gång per år	IA-systemet/Centuri
Läkemedelsrund	2 gånger per år	IA-systemet/Centuri
Apoteksrund	1 gång per år	Extern kontroll
Journalisering	2 gånger per år	Patientadministrativa system
Åtkomstkontroll ¹	Minst 1 gång per år	Patientadministrativa system
Personuppgiftsrund	1 gång per år	Patientadministrativa system
Lagefterlevnadskontroll	1 gång per år	Enkätverktyg
Intern allmän revision	1 gång per år	Intern kontroll
Intern ISO revision	1 gång per år	Intern kontroll
Extern ISO revision	1 gång per år	Extern kontroll
Brandskyddsrund	2-4 gånger om året	IA-systemet/Centuri
Kemikalierund	1 gång per år	Kemikaliehanteringssystemet
Avfallsrund	1 gång per år	IA-systemet/Centuri

Intresset för hälso- och sjukvårdsinformation identifierades som en stor patientsäkerhetsrisk för några år sedan. Risken hanterades genom införande av ett gemensamt journalsystem för tandvårdsverksamheterna under 2020 och 2021.

Behovet av egenkontroll inom området uppmärksammades såväl via intranätet som i ledningssystemets årskalender. En av aktiviteterna var ett lunchseminarium som också spelades in för de som inte hade möjlighet att delta i seminariet. Sammantaget har åtgärderna inneburit en förstärkning av patientsäkerheten för den enskilda patienten.

¹ Beroende på verksamhetens storlek genomförs åtkomstkontroll 1 till 6 gånger per år

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. Avvikelseerna kategoriseras som tillbud eller skada/olycka. Händelsen riskbedöms av verksamhetschef enligt SKR:s riskmatris². Primärt utreds händelserna lokalt i verksamheten. Då misstanke finns om inträffad, eller risk för, allvarlig vårdskada kontaktar verksamhetschef, eller MLA³/OLA⁴, 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.

Efter genomförd händelseanalys beslutar anmälningsansvarig om anmälan enligt lex Maria ska göras. Metoden som används i händelseanalysen är ”5 varför”, en vedertagen modell för att finna rotorsaken till en händelse. Sammanfattningar och analyser av lex Maria läggs ut på intranätet för spridning i organisationen.

Antalet anmälningar av allvarlig vårdskada enligt lex Maria under 2021 är oförändrat jämfört mot 2020. De vårdskador som identifierats är primärt orsakade av försenad eller förbisedd diagnos och i flera av anmälningarna identifieras avvikelser i vårdens överlämningar och kommunikation. I våra händelseanalyser ser vi fortfarande att kontinuitet i vården är en mycket viktig förutsättning för patientsäkerheten.

I chefsläkarorganisationen har under året vikten av att tidigt identifiera allvarliga vårdskador lyfts så att de regionala chefsläkarna kan föra ut detta i verksamheterna. Genom att minska tiden till att händelseanalys och anmälan utförs så ökar möjligheterna att finna rotorsakerna till vårdskadan. Vi ser även ett ökat behov av att genomföra händelseanalyserna tillsammans med våra vårdgrannar då vi identifierat vårdövergångar som en viktig del i flera händelseanalyser.

Tabell 2. Fördelning av patientavvikelser under 2021.

	Tillbud	Olycka eller vårdskada	Allvarlig vårdskada
Tandvård	126	46	3
Hälso- och sjukvård	146	26	28

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.

² Fyrgradig skala där 1 är ingen skada och 4 är katastrofal skada

³ MLA: medicinskt ledningsansvarig läkare

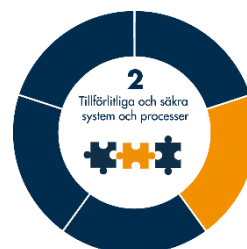
⁴ OLA: odontologiskt ledningsansvarig tandläkare

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.

Under de senaste åren har arbetet med basala hygienrutiner och klädregler stått i fokus för att minska variationen i verksamheternas arbetssätt. Det har inneburit påminnelser om egenkontroll, lansering av en instruktionsfilm och utbildning i vårdhygien. Vid årets patientsäkerhetsvecka fokuserades en dag på vårdhygien och ledningssystemets mallar för egenkontroll uppmärksammades. Under året inleddes ett fördjupat samarbete med svensk förening för vårdhygien (SFVH) och arbetet med uppdatering av riktlinjerna för tandvård (HOBIT). Arbetet fortsätter under 2022 och förväntas ge ytterligare stöd till verksamheterna i arbetet med att följa de senaste råden. Allt med syfte att nå en stabil process.

Ledningssystemet är en grund i verksamheternas förutsättning att arbeta patientsäkert. Tidigare system för avvikelshantering upplevdes som svårarbetat av verksamheterna. Utifrån de synpunkter som kom in genomfördes en förstudie med det system som kom på andra plats i utvärderingen inför val av system i ledningssystemet. Inför den överhängande risken att rapportering av riskobservationer och avvikelser inte skulle ske i ledningssystemet beslutades om ett byte av system. Bytet genomfördes under året i nära samverkan med verksamheterna och lanserades den 1 november. Den första månaden med det nya systemet identifierade två händelser som innebar risk för vårdskada som felaktigt klassats som tillbud. En av åtgärderna var att öka kunskapen om vad som inom tandvård klassificeras som vårdskada, ett arbete som kommer att fortsätta under 2022.



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.

Arbetet under året har i stort följt plan även om resultatet inte nått riktigt ända fram.

- 100% av alla verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade genom lagefterlevnadskontroll (LEK) och lokalt utformad patientsäkerhetsberättelse med strålskyddsbokslut i förekommande fall. *Målet har inte nåtts då vissa verksamheter ännu inte är fullt implementerade i det nya ledningssystemet.*
- Breddinförandet av det nya ledningssystemet ska ha avslutats. *Målet har nåtts även om alla ännu inte är fullt implementerade.*
- Fortsatt följa STRAMAs nationella mål för antibiotikaförskrivning och Praktikertjänst mål för förskrivning i primärvård med målet 120 st. antibiotikarecept per 1000 listade patienter. *Målet har nåtts. En av orsakerna till detta återfinns i pandemins påverkan på förskrivningen.*
- En ökning av antalet rapporterade patientrelaterade avvikelser med 25% under året i syfte att minska antalet vårdskador. *Målet har nåtts.*
- 90 verksamheter ska ha reviderats i enlighet med programmet Intern allmän revision. *Målet har inte nåtts, p g av pandemin och arbetet med verksamheternas implementering i ledningssystemet.*
- 70 st. verksamheter inom tandvård ska ha fått besök gällande strålsäkerhet inom ramen från Intern allmän revision. *Målet har inte nåtts, p g av pandemin och arbetet med verksamheternas implementering i ledningssystemet.*



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.

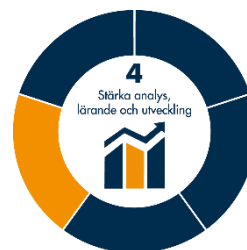
Praktikertjänst använder en sammanhängande modell med Intressent-, Risk- och Möjlighetsanalys (IRMA). IRMA genomförs på koncernnivå och inkluderar risk- och möjlighetsvärderingar för samtliga processer: ledning-, patient- och stödprocesserna. Ledningssystemet stimulerar de lokala verksamheterna till att analysera och sammanställa registrerade avvikelser, genomförda händelseanalyser, riskanalyser och resultat. Detaljerade resultat för de enskilda verksamheterna finns i den lokala patientsäkerhetsberättelsen.

Riskbedömning görs tre gånger om året för de centrala processerna. Risktalen har sjunkit ffa inom informationssäkerhet och dataskydd men även inom processerna för uppstart och avslut av verksamheter. Under året har riskbedömning inför förändring genomförts centralt bland annat gällande byte av system för avvikelse- och riskhantering, utveckling av vårdappen Mitt PTJ och ackreditering av ledningssystemet enligt laboratoriestandarden ISO 17025:2018. Åtgärderna för att minska identifierade risker inför byte av system för avvikelse- och riskhantering fungerade väl och bytet genomfördes planenligt.

Lokala riskanalyser sker löpande enligt årskalendern och vid behov med stöd av gemensamma mallar i ledningssystemet. När större risker identifieras eskaleras risken upp till avdelningen för Kvalitet och hållbarhet.

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.



Avvikelser

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

Vid en inträffad vårdskada informeras patienten om vad som hänt och om möjligheten att anmäla till LÖF eller till patientförsäkring hos If.

Då misstanke finns om inträffad, eller risk för, allvarlig vårdskada kontakter lokal verksamhetschef, eller MLA/OLA enligt rutin anmälningsansvarig läkare respektive 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.

Efter genomförd händelseanalys beslutar anmälningsansvarig om anmälan enligt lex Maria ska göras. Metoden som används i händelseanalysen är ”5 varför”, en vedertagen modell för att finna rotorsaken till en händelse.

I våra händelseanalyser ser vi fortfarande att kontinuitet i vården är 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 Praktikertjänst har en bättre kontinuitet än såväl övriga privata aktörer som den offentliga vården, bild 2.

Tabell 3. Utveckling av antal rapporterade patientavvikelser.

	2021	2020	2019
Tandvård	1 360	1 021	2 895
Hälso- och sjukvård	1 155	1 101	i.u.

Den vanligaste orsaken till patientavvikelser är som tidigare bristande kommunikation och informationsöverföring. Mycket få förbättringsförslag är inrapporterade. Detta bedömer vi är kopplat till pandemin i kombination med byte av ledningssystem. Att antalet har sjunkit ännu något mer under 2021 beror sannolikt på bytet av avvikelse- och riskrapporteringssystem. Orsaken till att antalet avvikelser inte är känt för 2019 är att verksamheterna inom hälso- och sjukvård i många fall har ett krav att rapportera i regionernas avvikelshanteringssystem (Synergi, Händelsevis m fl). Successivt har detta förbättrats, men det återstår fortfarande en hel del arbete gentemot regionerna för att få full accept för denna förändring.

Det krävs utbildning för att arbeta med ständiga förbättringar, fånga tidiga signaler och i att göra rotorsaksanalys för att åtgärda grundproblemet så att inte avvikelserna återkommer.

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.

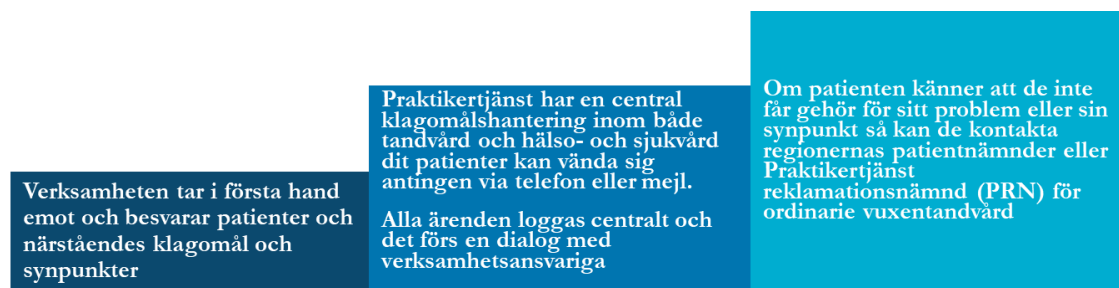


Bild 3. Praktikertjänsts klagomålstrappa

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 kvalitetsavdelningens handläggare 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 2021 inkom 322 ärenden gällande hälso- och sjukvård till Praktikertjänst centrala klagomålshantering, en ökning jämfört med föregående år. Vård och behandling står som tidigare för den stora merparten av klagomålen och dominerar nu helt.

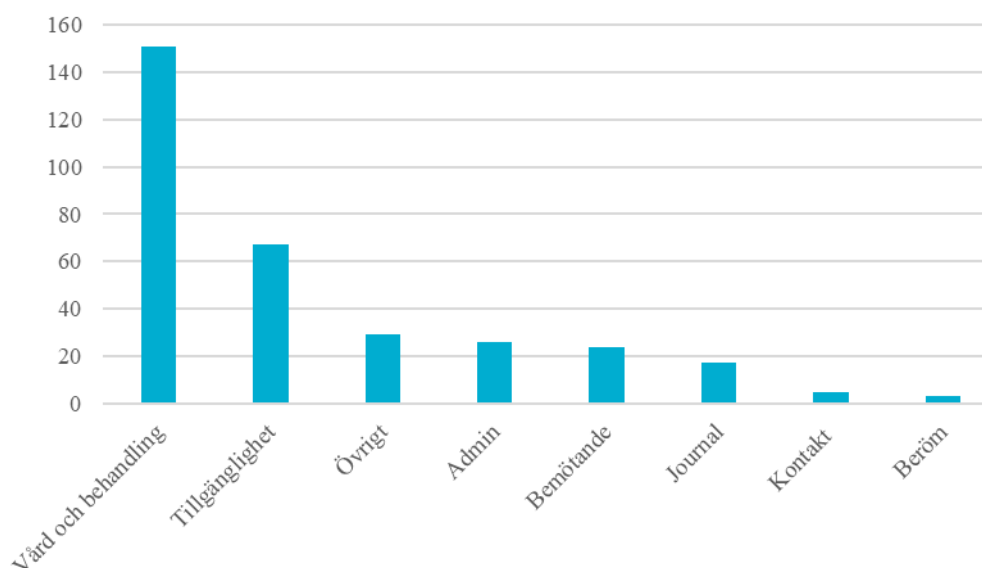


Bild 4. Fördelning av centralt inkomna klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvård under 2021.

Under året var det 35 enskilda IVO-ärenden inom hälso- och sjukvård, vilket är färre än 2020. Därutöver var det 31 ärenden som IVO hänvisade tillbaka till vårdgivaren. Primärt handlade ärendena om kommunikation och diagnostik. En läkare anmälades av Praktikertjänst till IVO som riskindivider. Inom tandvård var handlade de enskilda IVO-ärendena om kommunikation och behandling. Tre tandläkare anmälades av Praktikertjänst till IVO som riskindivider. Under 2021 handlade PRN 16 ärenden.

Tabell 4. Fördelning av IVO-ärenden under 2021.

	Enskilda ärenden	Returnerade ärenden	Anmälan av riskindivider
Tandvård	5	0	3
Hälso- och sjukvård	35	31	1

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. Utbildning inom medicinskt ledningsansvar (MLA) kommer att riktas till både nya och mer erfarna inom MLA-uppdraget. Ambitionen är att 40 läkare med uppdrag som MLA ska ha genomfört utbildningen under året. 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

Resultaten som redovisats visar att fokus för 2022 på många sätt kommer att ligga kvar inom nuvarande områden. I den fortlöpande interna revisionen har vi för närvarande en stor andel verksamheter som står i tur för revision och vi ser att det blir en stor utmaning att bibehålla takten i revisionsarbetet.

Då vi genom förvärv kommer att ta över ett flertal verksamheter under 2022 så bedömer vi att arbetet med patientsäkerhetsengagemang delvis kommer att bli påverkat, varför målet är ett bibehållet resultat.

Bytet till ett mer lättillgängligt system för rapportering av avvikelser kommer att göra att förmågan och incitamentet för avvikelse rapportering ökar. När avvikelserna blir fler så bör riskbedömningar och riskanalyser också öka, då hanteringen av avvikelserna ger en signal till verksamheterna om vad de bör arbeta mer med.

Genom årskalendern i ledningssystemet så påminns verksamheterna om egenkontroller, riskbedömningar och obligatoriska utbildningar. Vi ser det ändå som en utmaning att nå de uppsatta målen.

Tabell 5. Mål för 2022.

	Målvärde
Ökad rapportering av patientrelaterade avvikelser	3,000 avvikelser
Patientsäkerhetsindex ⁵	10
Bibehållet patientsäkerhetsengagemang	86
Hållbar riskmedvetenhet ⁶	100
Följsamhet till revisionsplanen	90 verksamheter
Antal antibiotikarecept per 1000 listade patienter i primärvården	115 recept
Utfall av egenkontroll och riskbedömning	100% av verksamheterna
Utfall av obligatoriska utbildningar	100% av verksamheterna

⁵ Antal lex Maria per IVO-ärenden med kritik, mäter grad av proaktivt patientsäkerhetsarbete

⁶ Mäts med HRM-index

Strålskyddsbokslut för Praktikertjänst AB 2021




Tillståndshavare Carina Olson

2022-02-15

15-2-22
Datum

Inledning

3 kap. 13 § SSMFS 2018:5

Varje år ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av bokslutet ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och
3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet. Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det.

Syftet med bokslutet är att synliggöra det systematiska strålskyddsarbetet i verksamheten och att identifiera eventuella brister i strålskyddet.

Resultat för verksamheter inom hälso- och sjukvården är för få för att redovisas. Arbetet, strukturen, i ledningssystemet är lika oavsett verksamhetstyp.



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	5
Övergripande mål och strategier	5
Stöd och uppföljning	6
Organisation och ansvar	7
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ	10
Mått: Samtliga verksamheter med strålkälla ska ha dokumenterad och godkänd strålskärmning	10
Mått: Deltagande i Praktikertjänsts obligatoriska kurs i strålsäkerhet (tandvården) och praktisk utbildning	12
Mått: Egenkontroller angående medicinska exponeringar	13
Mått: Avvikelser, risker och anmälningar till SSM	15
Mått: Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården	17
Mått: CBCT-doser ska ligga inom DSN eller bedömts vara optimerade	17
Mått: signering av uppdragsbeskrivningar	19
Mått: info före medicinska exponeringar	20
Beslut från koncernledningen under 2021	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22

SAMMANFATTNING

Inom Praktikertjänst finns runt 600 mottagningar med tillståndspliktiga och/eller anmälningspliktiga strålkällor. Majoriteten tillhör tandvården och en knapp handfull tillhör specialistvården.

Det systematiska strålsäkerhetsarbetet är invävt i ledningssystemet tillsammans med övriga områden och flera insatser som görs för att främja användningen av ledningssystemet gynnar då strålsäkerheten indirekt. Implementeringen av ledningssystemet blev inte klar under 2021 men låg över 70 % vid årsskiftet.

Några viktiga åtgärder för strålsäkerheten som skett under året är

- Byte av system för avvikelse- och riskrapportering samt checklistor (egenkontroll, riskbedömning). Bytet genomfördes med syftet att öka antalet rapporterade avvikelser och risker, samt öka användningen av checklistorna för egenkontroll och riskbedömning. Checklistorna tas upp i årshjulet och det har skett ett arbete med att introducera checklistorna i befintliga flöden som verksamheterna använder sig av. Ett flöde identifierades: "Investeringsansökan" används inför större investeringar och förändringar i verksamheterna.
- Webbutbildning i strålsäkerhet för tandvården har förbättrats. Den har fått ett nytt interaktivt kapitel som beskriver strålskyddsorganisationen och en ny layout. Utbildningen har nu också slagits ihop för tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor eftersom verksamheterna ofta går kursen tillsammans i grupp.
- Medarbetare på kontoret som arbetar med strålsäkerhet har flyttat sin organisatoriska tillhörighet till Koncernsäkerhet. Detta främjar samarbetet mellan specialistfunktionerna. Formella arbetsuppgifter och områdets representant i koncernledningen har inte ändrats.

Några viktiga resultat som nåtts under året är

- en ökning av godkända strålskärmningsredovisningar (från 44 % till 68 %).
- efter bytet till nytt system för checklistor ökade antalet egenkontroller av medicinska bestrålningar i tandvården markant jämfört med tidigare år. Hela 58 utfördes under Q3 jämfört mot 30 totalt 2020. Kännedomen om kravet genom årskalendern har också spelat en roll i detta tack vare Patientsäkerhetsveckan som hölls i november i samband med lanseringen av det nya systemet.

Under 2022 kommer fokus att vara på berättigande och strålskärmning.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

En god patientsäkerhet och en god arbetsmiljö går hand i hand. Strålsäkerhet är ett område som har påverkan på bägge dessa områden samt ett av Sveriges 16 miljömål: ”Säker strålmiljö”. För att arbeta mot Sveriges nationella vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, finns fyra grundläggande förutsättningar i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. De är:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Gällande arbetsmiljö är regeringens nationella vision ett arbetsliv som erbjuder var och en som arbetar trygghet, utveckling och god hälsa. Goda arbetsvillkor och möjlighet till utveckling i arbetet och en arbetsmiljö som förebygger ohälsa och olycksfall, som motverkar att människor utestängs från arbetet, som tar hänsyn till människors olika förutsättningar och som bidrar till utveckling av både individer och verksamheter. Delmålen för arbetsmiljöstrategin är följande:

- Ett hållbart arbetsliv – alla ska kunna, orka och vilja jobba ett helt arbetsliv.
- Ett hälsosamt arbetsliv – arbetslivet ska bidra till utveckling och välbefinnande.
- Ett tryggt arbetsliv – ingen ska riskera liv eller hälsa på grund av jobbet.
- En arbetsmarknad utan brott och fusk – en bristfällig arbetsmiljö ska aldrig vara ett konkurrensmedel.

Sveriges riksdag har beslutat om 16 miljömål. Ett av dessa är ”Säker strålmiljö – Människors hälsa och den biologiska mångfalden ska skyddas mot skadliga effekter av strålning.”

Detta är preciserat i fyra punkter av regeringen och Praktikertjänsts arbete syftar till att främja följande:

”Strålskyddsprinciper – Individens exponering för skadlig strålning i arbetslivet och i övriga miljön begränsas så långt det är rimligt och möjligt.”

Strålsäkerhetsmyndighetens vision är ”Ett strålsäkerhet samhälle”.

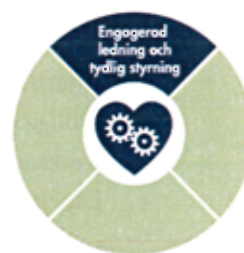
Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Övergripande mål och strategier

Enligt 3 kap. 5 § 1, SSMFS 2018:1 ska ledningssystemet innehålla mål och riktlinjer för strålsäkerheten. Detta finns i Praktikertjänsts ledningssystem.

Praktikertjänsts övergripande mål är ”En hållbar och säker verksamhet i hela Praktikertjänst för patienter, medarbetare, allmänhet och yttre miljö.” Det övergripande målet omfattar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, yttre miljö, informationssäkerhet och säkerhet samt etiskt ansvar. Målet är av övergripande karaktär och är långsiktigt (2020 - 2022).



Det övergripande målet består av tre underliggande fokusområden:

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

Grundpelarna som strålskyddslagstiftningen står på är berättigande, optimering och dosgränser. Avgörande för alla dessa är att medarbetarna har adekvat utbildning och att verksamheten arbetar med erfarenhetsåterföring och ständiga förbättringar. Därför har fokusområdet "Säker strålmiljö" följs upp av koncernledningen via följande mått under 2021:

- Rapporterade avvikelser med koppling till strålsäkerhet per verksamhet med strålkälla.
- Andel tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor som har gått den obligatoriska webbutbildningen i strålsäkerhet.

Nya mål har föreslagits inför 2022.

Stöd och uppföljning

Via årskalendern (årshjulet) i ledningssystemet har varje verksamhet en överblick för de egenkontroller, riskbedömningar och övriga aktiviteter som ska ske under året enligt ledningssystemet. Det finns även stöd för vilka rutiner som verksamheterna själva behöver ta fram som komplettering till centrala rutiner som gäller alla.

De aktiviteter i årskalendern som direkt berör strålsäkerhetsområdet är följande:

- Patientsäkerhetsberättelse inklusive strålskyddsbokslut
- Kontroll och service av strålkälla (och dess kringutrustning)
- Egenkontroll av medicinska bestrålningar
- Riskbedömning strålsäkerhet
- Avstämning av uppgifter i registret för strålkällor (Utrustningsregistret)

De aktiviteter som är gemensamma för flertalet kvalitetsområdet och där strålsäkerhet ingår är följande:

- Intern allmän revision
- Obligatoriska utbildningar
- Verksamhetsplanering
- Lagefterlevnadskontroll

Intern allmän revision (IAR) och Lagefterlevnadskontroll (LEK) följer upp verksamheternas resultat på arbetet i ledningssystemet. Praktikertjänst internrevisionsprogram omfattar alla verksamheter, inte bara dem med strålkälla. Dock är strålkälla, och typ av strålkälla, ett av urvalskriterierna för de verksamheter som väljs ut.

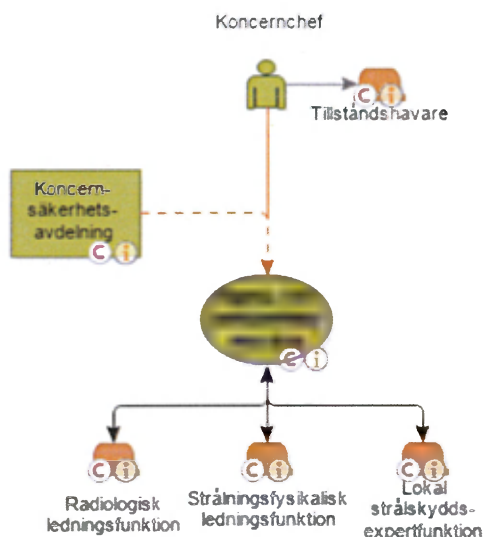
Centralt följs arbetet upp under året via:

- genomgång med koncernledningen tre gånger per år, och
- centralt strålskyddsbokslut.

Organisation och ansvar

3 kap. §§ 1 – 2 SSMFS 2018:1

Praktikertjänsts strålskyddsorganisation finns ritad och beskriven i ledningssystemet. Där framgår tydligt att tillståndshavaren, VD för Praktikertjänst AB, har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten. Den praktik- och verksamhetsansvarige ska se till att den egna lokala verksamheten bedrivs enligt gällande strålskyddslag, strålskyddsförordning, föreskrifter samt interna policys och rutiner med stöd av ledningssystemet. Varje roll i strålskyddsorganisationen har en uppdragsbeskrivning där bland annat uppgifter och samarbetsformer framgår. Uppdragsbeskrivningarna ska signeras av innehavaren.



Att egenkontroller, riskbedömningar och lagstadgade rapporteringar sker är en uppgift som främst ligger på den praktik- och verksamhetsansvarige. Denne kan dock fördela uppgiften att utföra dessa till andra i verksamheten. Exempelvis rekommenderas det att radiologisk ledningsfunktion utför egenkontrollen av medicinska bestrålningar för att på så sätt direkt följa upp sitt arbete 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. Tack vare det goda samarbetet får Praktikertjänst nu försäljningslistor varje vecka eller månad för alla de stationära intraorala röntgen som har sålts till verksamheter inom Praktikertjänst. På så sätt kan både Praktikertjänst och leverantörerna säkra anmälningsplikten gentemot SSM.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Inom Praktikertjänst finns en årskalender (årshjul) kopplat till ledningssystemet där bland annat egenkontroller, riskbedömningar och funktionskontroller ligger som inplanerade aktiviteter.

Verksamheternas arbete med ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll (LEK) och via intern allmän revision (IAR). Resultaten från IAR presenteras som en nyhet på intranätet för att alla ska kunna ta del av dem och använda för att syna den egna verksamheten. Under 2021 har även en central sammanställning av rapporterade avvikelser och risker

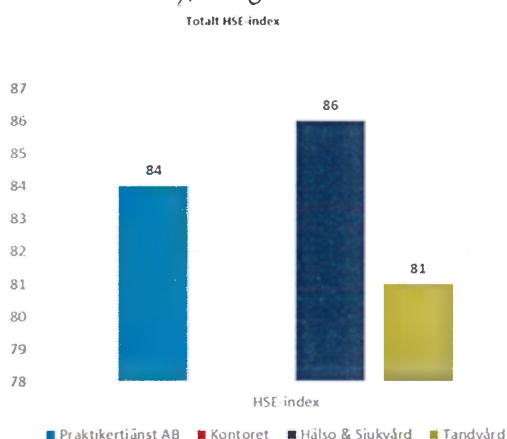


publicerats som nyhet som alla kan ta del av. Denna öppna redovisning av iakttagelser och resultat syftar till en öppen kommunikation kring risker och ständiga förbättringar.

Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index

Hållbart säkerhetsengagemang är ett nytt mätområde från 2021. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande HME (Hållbart Medarbetar Engagemang) som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Frågeställningarna kompletterar HME-frågorna för en ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna utifrån både arbetsmiljö och patientsäkerhetsperspektiv.

Totalt HSE-index är 84 poäng varav 81 poäng för Hälso- & Sjukvård och 86 poäng för Tandvård (resultat saknas för Kontoret), se fig 1.



Figur 1 HSE index 2021

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 är ett stöd för ordning och reda bland verksamhetens medicintekniska utrustning och håller bland annat koll på datum för kontroller och service samt dokumentation från dessa tillfällen. Att ha ett register över befintliga strålkällor och dessutom ett föreskriftskrav från Strålsäkerhetsmyndigheten.

Adekvat kunskap och kompetens

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

I Praktikertjänst finns en utbildnings- och kompetensportal. Via den kan chefen hålla koll på vilka utbildningar denne själv och medarbetarna har gått, vilka utbildningar som finns kvar att göra och samla kursbevis.

Alla medarbetare som är inblandad i hanteringen av en strålkälla på patient ska gå igenom en introduktionsutbildning före självständigt kliniskt arbete och sedan få vidareutbildning. Utbildningen kring användningen av strålkällan ska vara både teoretisk och praktisk. Dessutom ska alla medarbetare i tandvården som är inblandade i röntgenbildtagning, gå Praktikertjänst webbutbildning i teoretisk strålsäkerhet. Utbildningen ska ingå i introduktionsutbildning och sedan upprepas vart 5e år. För att



underlätta för verksamheterna finns ett systemstöd som vart 5e år påminner användaren om att det är dags att upprepa utbildningen.

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

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.



Därför ska patienten få information om risker och fördelar med den medicinska bestrålningen*. Detta sker antingen med information i kallelsen, hänvisning till 1177.se eller via skriftlig information i väntrummet.

*Gäller undersökningar med tillståndspliktiga strålkällor.

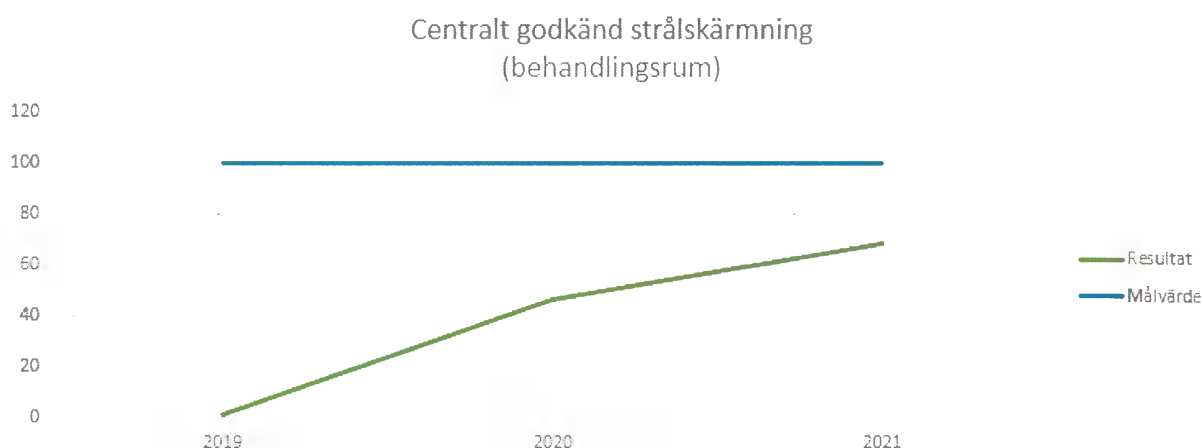
AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ

Mått: Samtliga verksamheter med strålkälla ska ha dokumenterad och godkänd strålskärning

Anläggningar, lokaler och platser där verksamhet bedrivs ska vara utformad så att exponering av arbetstagare och personer ur allmänheten undviks. Utformningen ska vara dokumenterad. Lokaler som innehåller en tillståndspliktig strålkälla får sin strålskärning godkänd av Strålsäkerhetsmyndigheten i samband med ansökan. Verksamheter med anmälningspliktig verksamhet ska byggas enligt föreskriften 2018:2 alternativt verifieras av en strålskärningsberäkning.

Befintliga verksamheter utvärderas löpande, i samband med att nya verksamheter startar och vid verksamhetsövergångar.

Resultat: Resultatet följs upp löpande och presenteras för koncernledningen var tredje månad. Vid årsskiftet hade 68% av verksamheterna dokumenterad och godkänd strålskärning. Det är en ökning med 22% från året innan.



Figur 2 Redovisning av arbetet med godkännande av strålskärning.

Analys av resultat: Resultatet fortsätter åt rätt håll. Orsaken till det långsamma arbetet har varit att andra initiativ har fått prioritet av ledningen. Alla utförda strålskärningsberäkningar har visat på godkänt resultat, därför kan risken för medarbetarna på grund av det långsamma arbetet anses mycket låg.

Många verksamheter har byggts för 30 – 40 år sedan enligt den tidens krav och har därför bedömt sig uppfylla kraven på strålskärning trots att kraven har förändrats. Samtliga verksamheter som inte är utformade enligt bilaga 2 till SSMFS 2018:2 beställer en strålskärningsberäkning eller bygger om verksamheten till att uppfylla föreskriften. Samtliga som har beställt en strålskärningsberäkning har blivit godkända.

Det finns två tydliga åtgärder från 2021 som har bidragit till den kraftigt ökade andelen verksamheter med godkänd strålskärning:

- En tabell med röda kryss eller gröna bockar används i kommunikationen med verksamheterna angående deras redovisade strålskärning.
 - o Under 2021 har insatserna för granskning av redovisad strålskärning intensifierats. Verksamheterna har fått sin strålskärning bedömd enligt en standardiserad mall och

resultatet har sedan meddelats i mejl tillsammans med eventuellt förslag på åtgärd.

- ökad tid har kunnat läggas på arbetet i och med byte av organisatorisk tillhörighet,
 - o Mycket tid har gått till vidareutveckling av ledningssystemet. Detta uppdrag åligger avdelningen för Kvalitet och hållbarhet.

Strålskärmning ingår även sedan tidigare i den årliga lagefterlevnadskontrollen som påminnelse. Under flera års tid har direkta påminnelser angående strålskärmningen även mejlats ut till den grupp som inte har redogjort för sin strålskärmning.

Åtgärd: Åtgärderna som introducerats har redan haft effekt. Samma åtgärder kommer således att fortsätta användas under 2022.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning sker löpande via statistik från Utrustningsregistret och rapporteras varje månad till chefen för Stöd och styrning och var tredje månad till koncernledningen där tillståndshavaren ingår.

Mått: Deltagande i Praktikertjänsts obligatoriska kurs i strålsäkerhet (tandvården) och praktisk utbildning

Alla medarbetare ska den utbildning som krävs för att utföra sitt arbete korrekt och strålsäkert. 2017 lanserade Praktikertjänst en teoretisk utbildning i strålsäkerhet som är obligatorisk för samtliga medarbetare i tandvården som är inblandade i röntgenbildtagning.

Kursen är ett obligatoriskt moment för alla nyanställda tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor inom tandvården oavsett tidigare utbildning och tas även upp som en punkt i checklistan *Strålskyddsround inkl riskbedömning*.

Via årskalendern i ledningssystemet blir varje verksamhetschef påmind om att själv gå de obligatoriska kurserna och att kontrollera att samtliga medarbetare också har gått kurserna. De utbildningar som är kvar att göra ska planeras in i individuella utbildningsplaner. Strålsäkerhetskursen är en sådan obligatorisk kurs. För nya delägare ligger kursen som en del av introduktionspaketet.

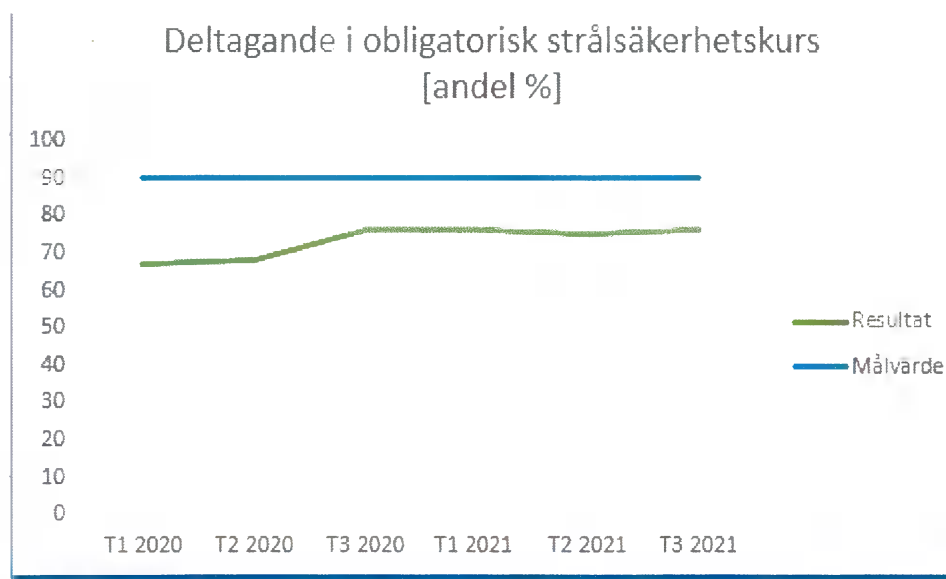
En mall för utbildningsplan in om strålsäkerhet är framtagen och publicerad i ledningssystemet. Samma mall kan användas för att planera all typ av utbildning som medarbetarna behöver.

Under 2022 kommer de första deltagarna börja gå om kursen eftersom den ska upprepas vart 5e år. Inför detta har kursen uppdaterats under 2021. Kursen slagits ihop till en enda istället för två separata kurser (se analys nedan), layouten har uppdaterats för att tydliggöra att samtliga kapitel ska gås igenom innan deltagaren blir godkänd på kursen och ett nytt kapitel har tillkommit som handlar om Praktikertjänsts strålskyddsorganisation.

De som har gått den ursprungliga kursen blir automatisk registrerade på den nya kursen efter 5 år.

Resultat: Resultatet följs upp och presenteras för koncernledningen var tredje månad. Ökningen på ca 7 - 8 % mellan T2 2020 och T3 2020 kom sig av ett mejl som skickades ut, där avsändaren var chefen för stöd och styrning.

Vid T3 2021 hade i snitt 76 % av tandläkarna, tandhygienisterna och tandsköterskorna genomfört utbildningen.



Figur 3 Andel medarbetare i tandvården som har slutfört den obligatoriska webbutbildningen i strålsäkerhet.

Enligt resultat från intern allmän revision har 31 av 39 (80 %) verksamheter koll på att de har gått alla obligatoriska utbildningar i PTJ Akademi. Det är en ökning jämfört med 2020 då resultatet var 64 %.

87 % anger i lagefterlevnadskontrollen att berörda i verksamheten har genomfört utbildningen. Motsvarande siffra var 99 % för år 2020.

94 % anger i lagefterlevnadskontrollen att de har haft praktisk utbildning i strålsäkerhet. De som inte har haft det anger oftast att det beror på nyanställd personal som kommer att få praktisk utbildning inom kort.

Analys av resultat: Den centrala uppföljningen av 2021 års deltagande i PTJ Akademi har legat i princip konstant under året och endast fluktuerat någon procent, vilket kan bero på personalomsättning. Ett deltagande på 90% har satts som riktvärde för måttet. 100 % går ej att nå med tanke på t ex sjukskrivningar, föräldraledigheter och personalomsättning. 76 % är dock ett för lågt deltagande.

Det finns två tydliga felkällor till resultatet på omkring 76 %. Den först är att tandsköterskor registrerar sig på kursen för tandläkare och tandhygienister och vice versa. Deltagarna räknas då in i statistiken för bägge kurserna. Dels den kursen som de blev registrerade på av Praktikertjänst och den som de själva registrerade sig på. Men för den ena kursen står deltagarna som "ej avslutade", och i den andra kursen är de godkända.

Den andra felkällan är att flera verksamheter går utbildningen i grupp. Om inte samtliga deltagares namnrapporteras in till Utbildningsavdelningen så finns det flera deltagare som officiellt aldrig blir registrerade som "godkända".

Enligt resultatet från IAR har 80 % (ökning från 64 %) koll på att samtliga i verksamheten har gått de obligatoriska kurserna och enligt LEK har 87 % (minskning från 99 %) av berörda i verksamheterna utfört utbildningen. Differensen mellan resultatet från IAR och LEK skulle kunna komma sig av att verksamheterna inte berörs av systemets felkälla med dubbelregistrering. Har det gått kursen så räknar de sig som klara oavsett vilken strålsäkerhetskurs de har gått och vad som står i systemet. Det är positivt att resultatet från IAR visar på en ökad följsamhet till kravet och att målet på 90 % inte är långt bort.

Åtgärd: För att säkerställa deltagandet kommer urvalskriterierna till interna allmänna revisioner att kompletteras med deltagande på strålsäkerhetsutbildning inför revisionerna hösten 2022.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljningen framöver kommer inte att ske som tidigare via statistik i PTJ Akademi eftersom statistiken på kursen nu blandas mellan de som går den för första gången och de som upprepar kursen.

Med start 2022 kommer uppföljningen att ske via den årliga lagefterlevnadskontrollen och intern allmän revision.

Mått: Egenkontroller angående medicinska exponeringar

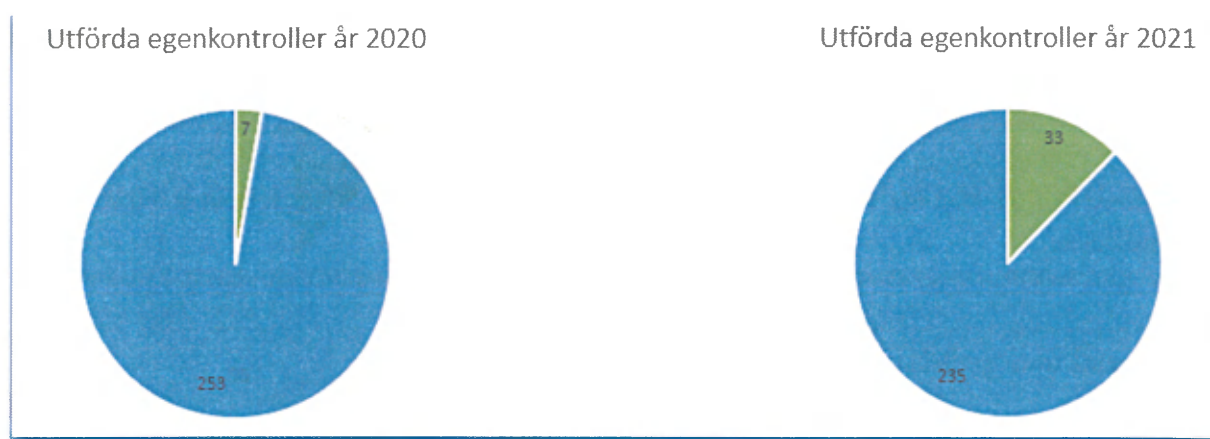
Resultatet av genomförda medicinska exponeringar ska kvalitetsgranskas som ett led i den egenkontroll som ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta gäller för tillståndspliktiga verksamheter inom tandvården och hälso- och sjukvården.

För tandvården finns en checklista i ledningssystemet att använda medan verksamheterna inom hälso- och sjukvården själva tillsammans med avtalade expertfunktioner tillser att kravet följs eftersom de saknar en branschstandard. Verksamheterna med G-båge fortsätter att följa DAP per ingreppstyp och operatör.

Under 2021 byttes systemet för avvikelser, risk och checklistor (egenkontroller, riskbedömningar) från IA-systemet till Centuri. Bytet lanserades i november 2021.

Resultat: 30 egenkontroller är utförda i IA-systemet, varav 9 för panorama- och CBCT undersökningar. 58 utfördes i Centuri, varav 33 för panorama- och CBCT undersökningar

I LEK 2021 anger 89 % av verksamheterna med krav på egenkontroll av medicinska exponeringar att de har utfört egenkontrollen.



Figur 4 Antal utförda egenkontroll för tillståndspliktiga strålkällor av totala innehavet av tillståndspliktiga strålkällor.

Analys av resultat: Alla verksamheter ser aktiviteten "Egenkontroll medicinska bestrålningar" i årskalendern, men kravet ligger enbart på verksamheterna med en tillståndspliktig strålkälla. Andelen verksamheter som utfört egenkontroll bygger på att sälla fram dem som svarat på frågorna kring panorama och CBCT och basen är antalet panorama- och CBCT utrustningar som finns registrerade i Utrustningsregistret. Det är minst en verksamhet som använder respektive panorama- och CBCT utrustning. Hur många det totala antalet verksamheter är går inte att få fram i dagsläget. Därför speglar statistiken *minsta* antalet egenkontroller som ska utföras.

235 panorama- och CBCT finns registrerade i Utrustningsregistret. Av dem är 19 CBCT-röntgen. Enligt resultatet på LEK skulle detta motsvara ca 209 egenkontroller. Majoriteten av egenkontrollerna har då utförts utanför ledningssystemets checklista.

Av utförda egenkontroller för intraoral röntgen som ändå har utförts går det att läsa att förbättringar finns att göra när det kommer till bildkvalitet, handhavande och journalanteckningarna. Utförda panorama- och CBCT undersökningar var i stort utan anmärkning.

Förhoppningen under 2021 var att antalet utförda egenkontroller som utförts i ledningssystemet skulle öka drastiskt tack vare aktiviteten i årskalendern. Detta har inte skett i den utsträckning som önskats. Det noteras dock att utförda egenkontroller från Q3 är närmast dubbelt så många som totala antalet år 2020. Detta är en positiv indikation på att antalet kommer att fortsätta öka under 2022.

Åtgärd: För att säkerställa ökat antalet utförda egenkontroller i ledningssystemet, kommer två aktiviteter att ske under 2022.

1. Fråga kring följsamheten till kravet kommer att ingå i de interna revisioner som sker 2022.
2. Webinarium strålsäkerhet kommer att lyfta berättigande, radiologens uppdrag och möjligheten till uppföljning via egenkontrollen.

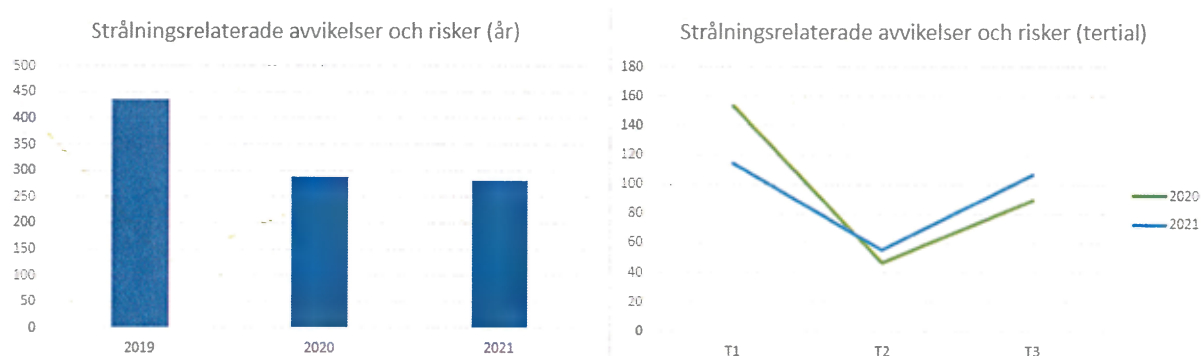
Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kommer att ske i den årliga lagefterlevnadskontrollen, IAR 2023 och via statistik i ledningssystemet.

Mått: Avvikelse, risker och anmälningar till SSM

Alla medarbetare i Praktikertjänst uppmanas att registrera avvikelser och risker i ledningssystemet. Under 2021 byttes systemet för avvikelser, risk och checklistor (egenkontroller, riskbedömningar) från IA-systemet till Centuri. Bytet lanserades i november 2021. Förhoppningen med bytet var att öka antalet rapporterade avvikelser, risker samt utförda egenkontroller och riskbedömningar.

Utöver lokala avvikelser och risker gör koncernen en övergripande intressent-, risk- och möjlighetsanalys (IRMA) som inkluderar strålsäkerhet.

Resultat:



Figur 5 Antal rapporterade avvikelser och risker i ledningssystemet.

Av de 104 avvikelser och risker som rapporterades under Q3 resulterade 76 av dem i en extra stråldos till patienten. Samtliga skedde inom tandvården och rapporterades av 40 unika verksamheter. För Q1 och Q2 finns ingen liknande jämförelse.

Drygt hälften av avvikelserna och riskerna som rapporterades 2021 där strålkälla varit inblandad, handlade om teknikstrul så som bildöverföring från sensor till journal. De övriga kom sig av handhavandefel, t ex missat apex eller att sensorn inte har varit påslagen före exponering.

1 arbetstagare blev oavsiktligt bestrålad under en intraoral röntgenbildtagning p g a en kommunikationsmiss mellan medarbetare.

2021 års IRMA visade inget behov av aktivitet.

Ingen avvikelse anmälades till Strålsäkerhetsmyndigheten.

129 strålsäkerhetsronder har gjorts i ledningssystemet under 2021. Det är en markant ökning från de 7 som utfördes under 2020.

Resultatet från IAR visade att 17 av 39 (44 %) inte gör skriftliga riskbedömningar inför större förändringar så som t ex ombyggnation, flytt, byta av utrustningstyp eller arbetssätt osv.

Resultat från LEK visade att

- 80 % verksamheter uppger att alla medarbetare rapporterar avvikelser och risker. Flera av dem som svarat nej uppger att medarbetare berättar för chefen vad som hänt och sedan rapporterar verksamhetschefen in avvikelserna i ledningssystemet. Många anger också att de inte har hunnit förstå hur systemet fungerar men att de ska avsätta tid för detta under 2022. Andra hanterar avvikelser löpande i verksamheten men dokumenterar det inte eller skriver på papper.
- I princip alla verksamheter anger att medarbetarna uppmuntras till att rapportera avvikelser. Den handfull verksamheter som inte har gjort det har noterat att de inte har några medarbetare, att det inte har varit aktuellt eller att de inte vet hur man gör.
- 92% anger att de gör riskbedömning inför större förändringar. De som svarat nej på frågan har i stor utsträckning inte haft behov av att göra en. De har alltså inte haft någon större förändring.

Analys av resultat: Det är fortsatt lågt antal rapporterade avvikelser och risker jämfört med 2019. Detta förmodas vara kopplade till pandemin i kombination med byte av ledningssystem. Att antalet har sjunkit ännu något mer under 2021 kan komma sig av kommunikationen kring bytet av avvikelse- och riskrapporteringssystem. I den månadsvisa statistiken från föregående system (IA) syns att antalet rapporterade avvikelser och risker sjönk när kommunikationen kom ut att bytet var på väg. Årstrenden för när avvikelser och risker rapporteras är lika genom jämfört med 2020. Dock är det totala antalet avvikelser något lägre år 2021 jämfört med 2020 och väsentligt lägre än 2019.

IAR visar på att det är få verksamheter som gör dokumenterade riskbedömningar inför förändring. Förmodligen på grund av låg kännedom kring kravet. Enligt LEK gör flertalet riskbedömningar inför förändring, men de dokumenteras inte alltid.

Åtgärd: Under 2021 infördes flera nya system för de flesta verksamheter. Innan fler åtgärder övervägs för att öka antalet rapporterade avvikelser, risker och dokumenterade riskbedömningar behöver användarna tid till att lära sig det nya systemet för avvikelser-, risker och checklistor (egenkontroller, riskbedömningar). Förhoppningen är också att antalet registrerade avvikelser och risker ökar när pandemin är över.

För att öka kännedomen om dokumenterad riskbedömning inför förändring, föreslås dock att applikationen för investeringsansökan inför större investeringar kompletteras med information om kravet på riskbedömning.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt rapportering av avvikelser och risker till koncernledningen var tredje månad.

Årlig uppföljning av dokumenterad riskbedömning vid IAR och statistik via Centuri.

Mått: Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården

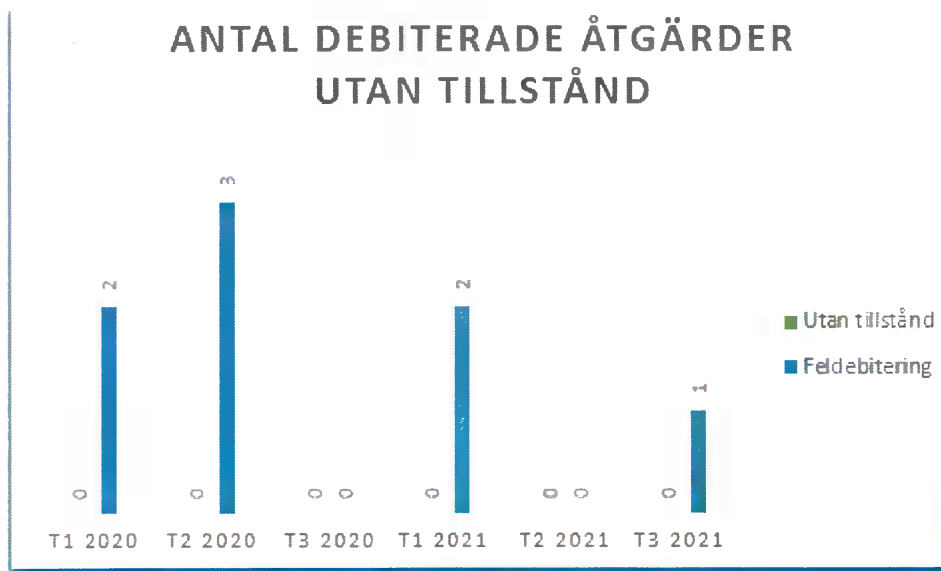
Tre gånger per år görs en avstämning mellan Praktikertjänsts register på verksamheter med panorama- och CBCT röntgen och Försäkringskassans register över debiterade åtgärder. Det är ett extra säkerhetsnät som fångar upp eventuella utrustningar som används utan att omfattas av Praktikertjänsts verksamhetstillstånd. Det fångar även upp dem som råkar göra feldebiteringar till Försäkringskassan så att dessa kan återföras.

- Utöver denna uppföljning finns två säkerhetsnät för att fånga upp nya strålkällor:
Utrustningsregistret flaggar när nya strålkällor registrerats och admin kontrollerar att tillstånd eller anmälan finns.
- Årskalendern har en aktivitet där verksamheterna ska stämma av innehavet i verksamheten mot listan i Utrustningsregistret.

Resultat: Inga tillståndspliktiga åtgärder har utförts utan tillstånd.

En feldebitering har skett och kommer att återföras till Försäkringskassan.

Analys av resultat: Före 2019 hade varje enskild resultatenhet (kostnadsställe) krav på sig att ha ett eget panoramatillstånd. Detta resulterade i att en och samma panorama ibland hade upp till 5 separata tillstånd trots att tandläkarna arbetade i samma verksamhet. Under 2019 erhöll Praktikertjänst ett verksamhetstillstånd som ersatte de individuella tillstånden.



Figur 6 Totala antalet feldebiteringar och debiteringar utan tillstånd per tertial. En liggande nolla visar att ingen debitering har skett utan tillstånd.

Åtgärd: Ingen åtgärd planeras.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt rapportering till koncernledningen var tredje månad.

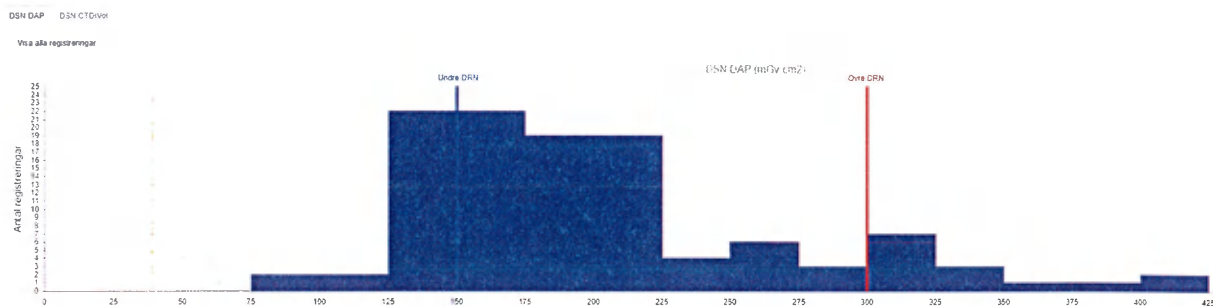
Mått: CBCT-doser ska ligga inom DSN eller bedömts vara optimerade

Strålsäkerhetsmyndigheten samlar in data som beskriver undersökningsinställningar vilka ligger till grund för att beräkna Diagnostiska standardnivåer (DSN) och populationsdoser. Systemet heter DosReg och är webbaserat. Strålsäkerhetsmyndigheten ansvarar för utveckling, drift och underhåll.

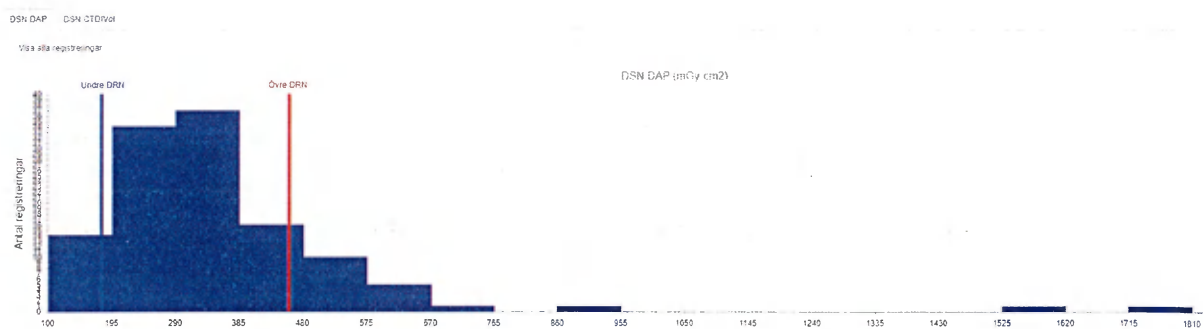
Informationen i DosReg kan användas till att göra jämförelser mellan den egna och andra verksamheters DSN-värden och undersökningsinställningar. Jämförelse mot andra är en bra källa för optimering.

DSN-gränserna har inte ändrats sedan systemet infördes för tandvården.

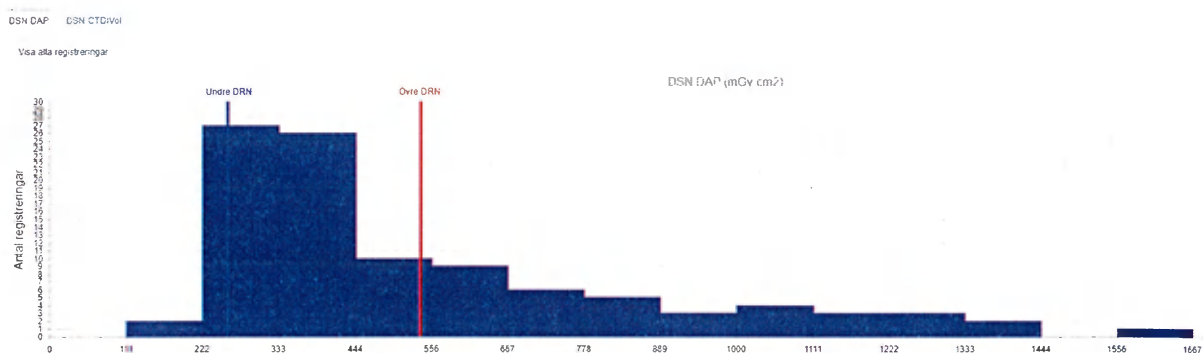
Vart tredje år, eller när undersökningsprotokollen förändras, ska doserna rapporteras in. Doserna i respektive verksamhet ska utvärderas under de årliga lokala strålsäkerhetsmötena. De verksamheter som ligger över eller under DSN uppmanas se över optimeringsbehov.



Figur 7 DosReg 2021: Del av käke, 1 kvadrant



Figur 8 DosReg 2021: Över- eller underkäke, 2 kvadranter



Figur 9 DosReg 2021: Över- och underkäke, 4 kvadranter

Resultat: Två verksamheter har optimerat sina undersökningsprotokoll och rapporterat in nya doser.

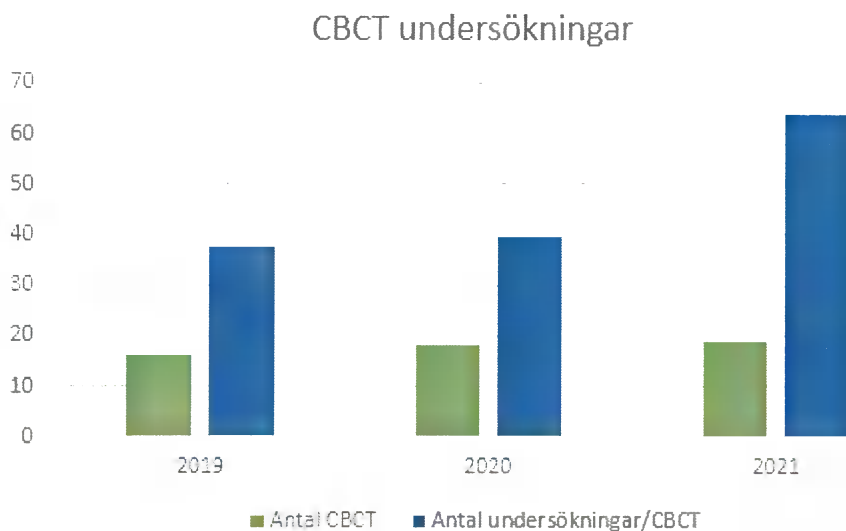
Verksamhet 1 har kraftigt sänkt sina doser för bildtagning av kvadranter. Kvadrant 1 och 2 ligger nu under DSN medan kvadrant 4 nu har hamnat inom DSN.

Verksamhet 2 har höjt sina doser. Kvadrant 1 och 2 hamnar nu inom DSN medan kvadrant 4 hamnar än mer utanför DRN.

	1 kvadrant				2 kvadranter				4 kvadranter				Antal utrustningar
	Under	Inom	Över		Under	Inom	Över		Under	Inom	Över		
2019	4	7	2		2	6	4		0	8	3		16
2020	5	8	2		2	9	4		0	8	4		18
2021	6	10	2		4	11	3		1	10	3		19

Figur 10 Samtliga rapporterade doser från Praktikertjänst till DosReg.

Snittet på antal CBCT-undersökningar per utrustning har ökat markant under 2021. Den stora majoriteten av dessa är bildtagning i 1 kvadrant. Från att ligga på 39 +/- 1 till att ligga på 64.



Figur 11 Statistik över antal CBCT utrustningar och i snitt hur många undersökningar som sker per CBCT-utrustning och år.

Analys av resultat: Majoriteten av de rapporterade doserna ligger inom intervallet satt av Strålsäkerhetsmyndigheten. I det årliga lokala strålsäkerhetsmötet som ska ske i verksamheter med CBCT, ska doserna som rapporterats in till DosReg jämföras mot de diagnostiska standardnivåer (DSN) som är framtagna av Strålsäkerhetsmyndigheten. Om doserna inte ligger inom DSN ska verksamheten undersöka om det finns optimering att utföra.

Andel verksamheter med doser inom DSN har ökat för samtliga kvadranter.

Andelen utföra CBCT-undersökningar per utrustning har ökat markant under 2021. Det är viktigt att varje röntgenundersökning är berättigad.

Åtgärd: Inkludera fråga om optimering till verksamheter med CBCT i LEK 2022.

Berättigande kommer att tas upp under det webinarium i strålsäkerhet som ska hållas under 2022.

Uppföljning av åtgärd: Analys av resultatet från LEK 2022 sker i Q1 2023.

Mått: signering av uppdragsbeskrivningar

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning av hälso- och sjukvården och tandvården på alla nivåer. Därför är det viktigt att alla som är en del av strålskyddsorganisationen känner till sin uppgift. Alla innehavare av en roll i strålskyddsorganisationen ska signera sin uppdragsbeskrivning.

Samtliga verksamheter har en checklista på dokument som ska upprättas lokalt i samband med övergången till det nya ledningssystemet och där ingår bland annat kravet på signerade uppdragsbeskrivningar.

Resultat: 17 av 39 (44 %) tillfrågade på IAR hade signerat uppdragsbeskrivningarna, vilket är i nivå med föregående år.

13 av 39 (33 %) tillfrågade på IAR hade inte signerat någon uppdragsbeskrivning eller kände inte till vad det var.

9 av 39 (23 %) tillfrågade på IAR visste inte vilken eller vilka uppdragsbeskrivningar som skulle signeras.

Under LEK 2021 anger 85 % att de har signerat uppdragsbeskrivningarna, vilket är i nivå med föregående år.

Analys av resultat: För att en uppgift ska ske måste det vara tydligt vem som har uppdraget att utföra den.

Skillnaden mellan de som vid intern allmän revision kan uppvisa signerade uppdragsbeskrivningar och dem som anger sig ha signerade uppdragsbeskrivningar i LEK kan bero på olika kännedom om kravet. När frågan kommer i lagefterlevnadskontrollen (LEK) kan verksamheterna svara att de har signerat och utföra det där och då utan att det framgår vilka uppdragsbeskrivningar som har signerats. Den möjligheten finns inte vid de interna allmänna revisionerna.

Kunskapen om Praktikertjänsts gemensamma strålskyddsorganisationen är för låg, resultatet stämmer inte mellan LEK och IAR. Dessutom har resultatet inte förbättrats mellan 2020 och 2021.

Åtgärd: Under hösten 2021 uppdaterades Praktikertjänsts webbaserade utbildning i strålsäkerhet för tandvården med ett nytt interaktivt kapitel för strålskyddsorganisationen.

Uppföljning av åtgärd: Kunskapen om strålskyddsorganisationen följs upp via IAR 2022 samt LEK 2022.

Mått: info före medicinska exponeringar

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.

Därför ska patienten få information om risker och fördelar med den medicinska bestrålningen i verksamheter med tillståndspliktiga strålkällor som används på patient. Detta sker antingen med information i kallelsen, hänvisning till 1177.se eller via skriftlig information i väntrummet.

Resultat: Enligt resultat från IAR erbjuder 17 av 32 verksamheter information till patienten om risker och fördelar inför den medicinska bestrålningen.

Analys av resultat: Kännedomen om kravet är för lågt. Informationen om kravet finns i det sammanfattande dokumentet kring strålsäkerhetskraven i ledningssystemet. Förmodligen behöver fler tid på sig att sätta sig in i ledningssystemet.

Åtgärd: Information till verksamheter med tillståndspliktig strålkälla.

Uppföljning av åtgärd: LEK 2022.

Beslut från koncernledningen under 2021

Beslut (T1 2021): Ingen riskanalys ur strålskyddssynpunkt görs av verksamheterna kopplat till processerna i ledningssystemet. Den görs istället med centrala resurser i IRMA för processerna uppstart-, avslut och Möta patient TV samt Specialistvård.

Motivering: Enligt 4 kap §§3 – 4, SOSFS 2011:9 är Praktikertjänst som vårdgivare ansvarig för att ledningssystemet är processbaserat och innehåller de processer som behövs. Verksamheterna behöver inte ta fram egna processer, det räcker att de arbetar enligt de processer som finns utan ska följa de rutiner med mera som vårdgivaren tar fram. Processerna är ritade samt risk- och möjlighetsbedömda centralt. De innehåller även mätbara indikatorer på om processerna löper på bra eller ej.

Beslut (T2 2021): Rikta revisionsurvalet för intern allmän revision (IAR) till de som inte genomfört strålsäkerhetsutbildningen.

Motivering: Antalet deltagare på den obligatoriska webbutbildningen i strålsäkerhet för tandvården har slutat att öka. Tidigare åtgärder med information på intranät, riktade mejl och frågor i LEK har ej gett tillräckligt bra resultat. Via IAR kan deltagandet i kursen säkerställas.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Resultaten som redovisats ovan visar att fokus under 2022 behöver ligga på området berättigande.

Följande aktiviteter är inplanerade:

- Webinarium Strålsäkerhet,
- Information till verksamheter med tillståndspliktig strålkälla om information till patienter före bestrålning,
- Undersöka möjligheten till att inkludera en session om berättigande under Praktikertjänsts patientsäkerhetsvecka HT 2022.

Mått/Nyckeltal	Status 2021	Status 2020	Status 2019	Målvärde	Förändring
Deltagande i webbutbildning "Strålsäkerhet i tandvården" – tandläkare och tandhygienister (enl. centralt system)	78 %	75 %	69 %	100 %	 Svag ökning
Deltagande i webbutbildning "Strålsäkerhet i tandvården" – tandsköterskor (enl. centralt system)	75 %	71 %	66 %	100 %	
Tillstånd för panorama/CBCT, åtgärder utan tillstånd	0	0	0	0	
<u>Strålskärmningsinventering</u>					
Andel verksamheter med dokumenterad strålskärmning	-	86 %	45 %	100 %	-
Andel verksamheter med centralt verifierad strålskärmning	68 %	46 %	1 %	100 %	
Verksamheter som har registrerat i DosReg	18 av 19	15 av 18	15 av 16	Samtliga	
Antal avvikelser anmälda till SSM	0	2	0	-	
Antal avvikelser i som är kopplade till strålsäkerhet*	280	270	436	-	

Figur 12 Måluppfyllnad

*Siffran visar de som har utförts och sparats i ledningssystemet. De som dokumenterar på papper syns ej här.