

# 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 avvikelse- 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 specialisttandläkare 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, logopedier 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***

Riskanalyser 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 lagefterlevnads kontroll (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.

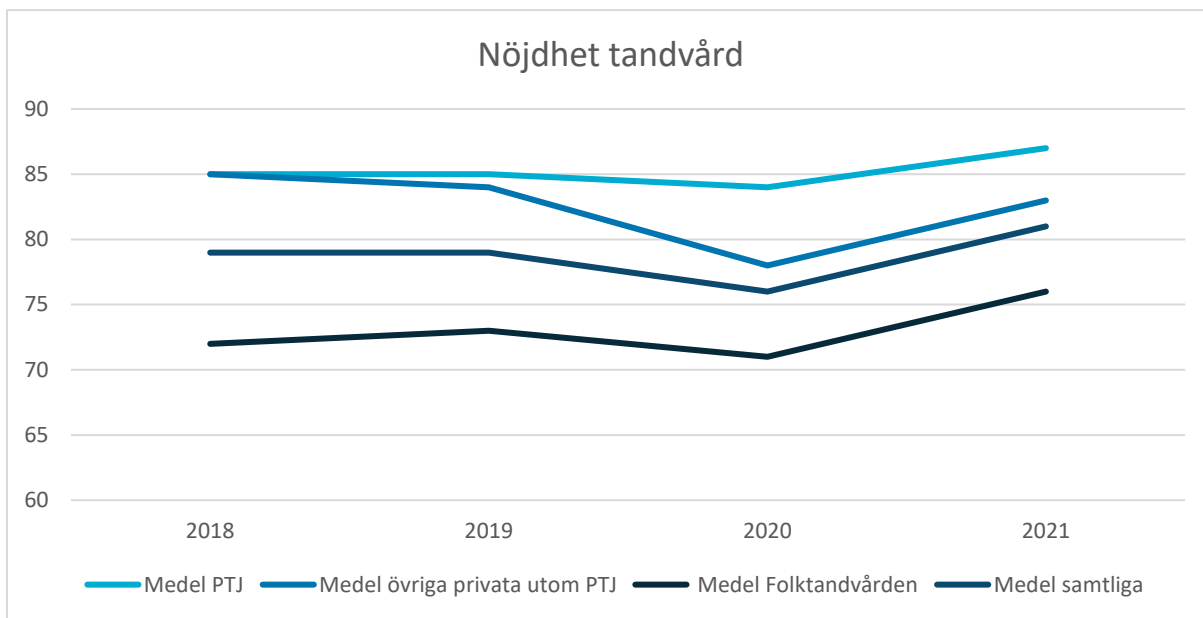
Arbetet lokalt sker på olika sätt, främst via skriftlig information i olika former, i väntrum och digitalt t.ex. via 1177.se, och inbjudan till dialog i mötet mellan vårdutövare och patient. Här ser vi dock att det finns utrymme för ett mer aktivt arbete ute i verksamheterna.

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

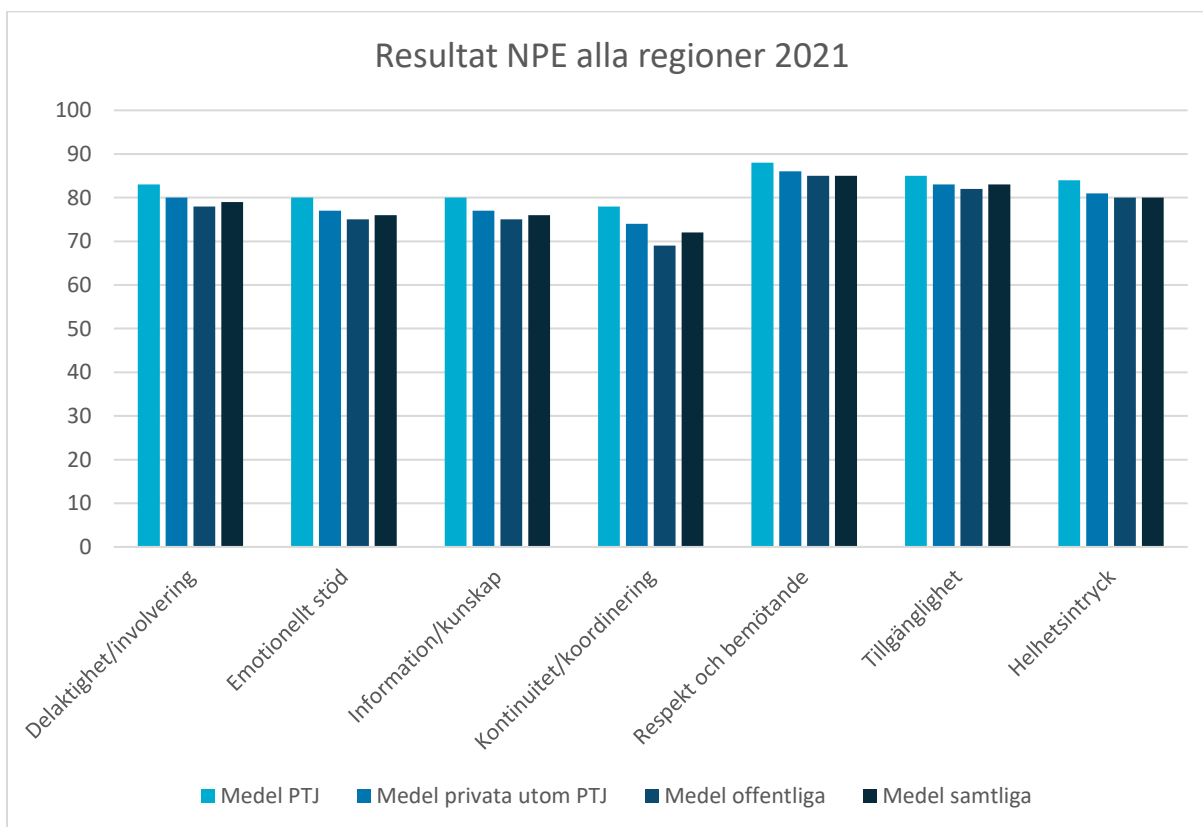


utredning, uppföljning och medling. Praktikertjänsts reklamationsnämnd handlägger reklamationssärenden i tandvården.

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

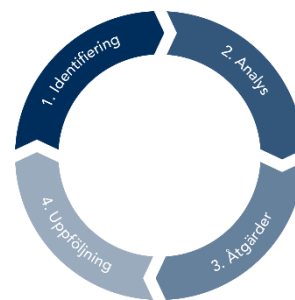
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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 <sup>1</sup>	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
Kemikalierrund	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. Risker 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.

<sup>1</sup> 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 riskmatris<sup>2</sup>. Primärt utreds händelserna lokalt i verksamheten. Då misstanke finns om inträffad, eller risk för, allvarlig vårdskada kontaktar verksamhetschef, eller MLA<sup>3</sup>/OLA<sup>4</sup>, 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.

<sup>2</sup> Fyrgradig skala där 1 är ingen skada och 4 är katastrofal skada

<sup>3</sup> MLA: medicinskt ledningsansvarig läkare

<sup>4</sup> 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 i 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 kontaktar 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.

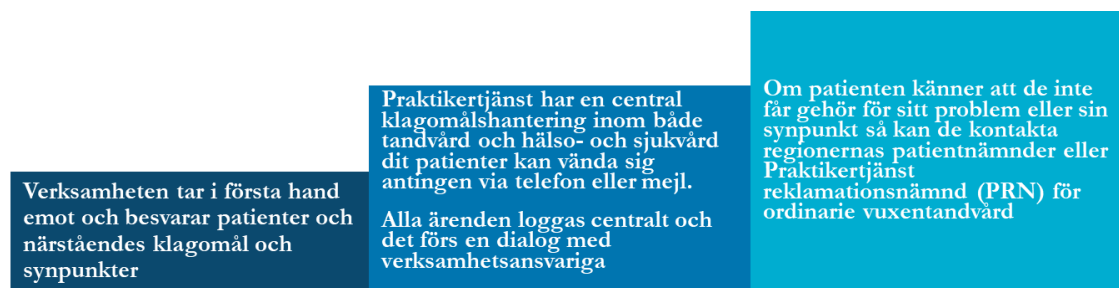
Den vanligaste orsaken till patientavvikelser är som tidigare bristande kommunikation och informationsöverföring. Mycket få förbättringsförslag är inrapporterade. Detta bedömer vi är kopplat till pandemin i kombination med byte av ledningssystem. Att antalet har sjunkit ännu något mer under 2021 beror 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 avvikelsehanteringssystem (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 avvikelsen 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.

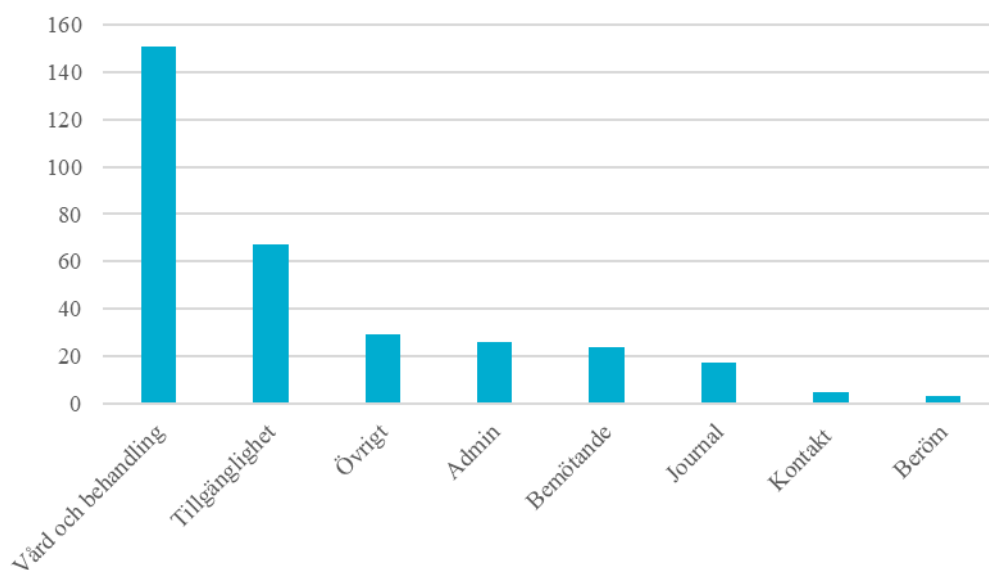


**Bild 3.** Praktikertjänsts klagomålstrappa

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 anmäldes av Praktikertjänst till IVO som riskindivid. Inom tandvård var handlade de enskilda IVO-ärendena om kommunikation och behandling. Tre tandläkare anmäldes 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 riskindivid
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 avvikelserapportering 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 <sup>5</sup>	10
Bibehållet patientsäkerhetsengagemang	86
Hållbar riskmedvetenhet <sup>6</sup>	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

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

<sup>6</sup> Mäts med HRM-index