



Patientsäkerhetsberättelse

2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-27, Anders Jonsson, chef Kvalitet och Hållbarhet

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017

Innehåll

INLEDNING	3
STRUKTUR	4
RESULTAT OCH ANALYS	14
BILAGA: STRÅLSKYDDSBOKSLUT 2019	16

Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse inklusive strålskyddsbokslut redogör för Praktikertjänsts centrala patientsäkerhetsarbete 2019. Praktikertjänsts lokala verksamheter har själva sammanfattat respektive patientsäkerhets- och strålskyddsarbete i enlighet med SKRs mall.

Praktikertjänst är Sveriges största koncern inom privat tandvård och hälso- och sjukvård. Aktieägarna arbetar själva som verksamhetsansvariga på mottagningar i hela landet.

Praktikertjänst Tandvård är den största aktören i Sverige inom privat driven tandvård och verkar huvudsakligen inom allmäntandvården. Inom Praktikertjänst Tandvård arbetar uppemot 4 000 personer, däribland tandläkare, tandtekniker, tandhygienister, tandsköterskor och receptionister, i ungefär 960 verksamheter över hela landet. Ett femtiotal speciallisttandläkare är också anställda i bolaget och representerar samtliga odontologiska specialiteter.

Praktikertjänst Hälso- och sjukvård är den största aktören i Sverige inom privat driven hälso- och sjukvård. Inom Praktikertjänst Hälso- och sjukvård arbetar cirka 3 800 läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster/fysioterapeuter, dietister, psykoanalytiker, barnmorskor, psykologer, kiropraktorer, arbetsterapeuter, logopedier och socionomer vid drygt 260 verksamheter geografiskt spridda över hela landet. Av Sveriges knappt 1 200 vårdcentraler drivs närmare 500 i privat regi och av dessa drivs drygt var sjätte i Praktikertjänsts regi.

Praktikertjänstkoncernen omfattar också 12 dotterbolag med uppdrag inom specialiserad hälso- och sjukvård för såväl öppen- som slutenvård samt utbildning. Under 2019 samlades dotterbolagen i en egen koncern Proliva vilka själva utformar sina respektive patientsäkerhetsberättelser inklusive strålskyddsbokslut.

Struktur

Övergripande mål och strategier

Praktikertjänst kvalitets- och patientsäkerhetsarbete präglas av hög beredskap och öppenhet. För att ytterligare utveckla och förbättra detta arbete har Praktikertjänst under året fortsatt att genomföra förändringar och förbättringsåtgärder i linje med den övergripande kvalitetsstrategi som beslutades av styrelsen i juni 2016. Utgångspunkten för kvalitetsstrategin är att det ska vara lätt att göra rätt för samtliga verksamheter inom Praktikertjänst vad gäller systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetsstrategin har tre huvudsakliga fokusområden:

- efterlevnad av lagar och förordningar
- klinisk kvalitet
- servicekvalitet

I strategin har ingått att samla ledningssystemen för Hälso- o sjukvård, Tandvård samt servicekontoret till Ett ledningssystem – ett arbete som pågått sedan 2017.

Under året har ett nytt övergripande mål för ledningssystemet beslutats av styrelsen för Praktikertjänst AB:

Ledningssystemet ska verka för en hållbar och säker verksamhet i hela Praktikertjänst för patienter, medarbetare, allmänhet och miljö.

Målet gäller för perioden 2020 till 2022 och omfattar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, miljö, informationssäkerhet och säkerhet samt etiskt ansvar.

Praktikertjänst använder en sammanhängande modell med Intressent-, Risk- och Möjlighetsanalys (IRMA) som underlag för definiering av betydande krav och framtagning av mål.

Under 2019 har Praktikertjänst introducerat en strukturerad genomgång av de krav som ställs på de ingående verksamheterna i form av en så kallad Lagefterlevnadskontroll (LEK). Som bevis på genomförd, granskad och godkänd genomgång får verksamheten ett kvalitetsdiplom. Målsättningen är att samtliga verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade.

De senaste åren har digitala vårdtjänster och vårdaktörer ökat kraftigt i landet. Under 2019 breddinfördes den digitala kanalen Praktikertjänst24. I slutet av året var 31 vårdcentraler aktiva i systemet och hade genomfört c:a 60 000 patientärenden. Tjänsten växer ständigt och har varit populär bland patienterna, där närmare 93 % skulle rekommendera den.

Organisation och ansvar

Vårdgivaren och tillståndshavaren Praktikertjänst och dess vd är ytterst ansvarig för hela koncernens patient- och strålsäkerhetsarbete. Vd är även ytterst ansvarig för ledningssystemet. I ansvaret ingår att säkerställa att organisation och styrsystem stärker bolagets arbete med samtliga kvalitetsområden. Uppgifter och ansvar i organisationen är beskrivna i ledningssystemet.

Praktikertjänst har under 2019 inrättat en funktion som chefläkare.

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. På kvalitetsavdelningen finns anmälningsansvarig tandläkare och läkare, ämnesexperter, kontaktperson gentemot Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) och kvalitetshandläggare.

Kvalitetsavdelningen arbetar bland annat med utredning och uppföljning av patientskador, anmälningar enligt Lex Maria, implementering och underhåll av ledningssystemet, patientklagomål, kontakt med Strama, lagfesterlevnadskontroller, egenkontroller, myndighetsärenden och Forsknings- & Utvecklingsfrågor (FoU) samt ger stöd till de lokala verksamheterna i kvalitetsfrågor.

Informationssäkerhetschef arbetar på uppdrag av styrelse och vd. I uppdraget ingår att stödja ett systematiskt informationssäkerhetsarbete i såväl verksamheterna som på servicekontoret. Större verksamheter och dotterbolag har dataskyddsombud som ansvarar för kontroll av efterlevnad av dataskyddsförordningen.

Lokal verksamhetschef ansvarar för att säkerställa att lagar och andra krav följs i den egna verksamheten. Ansvaret omfattar också att integrera ledningssystemet i verksamheten och att anpassa det i enlighet med verksamhetens förutsättningar. Det omfattar också taktisk planering av aktiviteter utifrån mål, strategier och handlingsplaner.

Lokal verksamhetschef bevakar även verksamhetens resultat, vidtar åtgärder och följer upp effekt. Lokal verksamhetschef ansvarar tillika för att samtliga patienter får information om vart de kan vända sig med klagomål och synpunkter och att sätta upp regler kring remisshantering.

I de fall den lokale verksamhetschefen inte har medicinsk kompetens utser denne en lokal medicinskt/odontologiskt ledningsansvarig med erforderlig kompetens. 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

För att uppnå utveckling och en säker vård är samverkan nödvändig. Praktikertjänst samverkar med andra vårdaktörer både nationellt, centralt men främst lokalt.

Exempel på detta är SKaPA (Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit), STRAMA (Strategigruppen för antibiotikaanvändning), NDR

(Nationella Diabetesregistret), Senior Alert (geriatriskt kvalitetsregister), luftvägsregistret m.fl.

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

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

I arbetet med att förebygga vårdskador drar Praktikertjänst nytta av sin organisationsstruktur där möjlighet ges till att sprida erfarenhet från risker och avvikelser via vårt gemensamma intranät och händelse- och avvikelssystem. Samtliga anmälningar enligt Lex Maria och större avvikelser i strålsäkerheten sammanfattas och läggs ut på Praktikertjänsts interna hemsidan för erfarenhetsåterföring och till stöd för ett aktivt förbättringsarbete.

Patienters och närståendes delaktighet

Vården ska ske på patientens villkor och de lokala verksamheterna arbetar därför aktivt för att göra patienter och närstående delaktiga. För att detta ska ske behöver patienten ha tillräcklig information om sin situation och sina möjligheter samt få information om risker och fördelar med att den planerade medicinska bestrålningen. I ledningssystemet finns stöd för att utveckla arbetet med bemötande, information till patient och delaktighet.

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

Resultatet av arbetet med delaktigheten mäts via olika former av lokala patientenkäter och nationellt genom Svenskt kvalitetsindex (SKI) och Nationella patientenkäten (NPE).

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Under 2019 inleddes ett byte av avvikelserapporteringssystem till AFA:s IA-system som har anpassats till vårdens krav och gällande förordningar. Bytet innebär utökade möjligheter till riskanalyser, egenkontroller och förbättringsarbete genom att samtliga som rapporterar i systemet även kan ta del av varandras erfarenheter.

Systemet möjliggör även för alla verksamhetschefer och händelseansvariga att ta ut aktuell statistik över de avvikelserna m.m. som hanterats i verksamheten.

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 missförhållande rörande mänskliga rättigheter, särbehandling, trakasserier, arbetsmiljö och miljö.

Det är viktigt att alla medarbetare medverkar i patientsäkerhetsarbetet genom att aktivt rapportera det som avviker från ordinarie händelseför-

lopp.

Klagomål och synpunkter

Praktikertjänsts vårdgivaransvar gällande klagomål och synpunkter hanteras av kvalitetsavdelningen i samarbete med de lokala verksamheterna enligt följande modell:

- Verksamheten skall i första hand ta emot och besvara patienter och närståendes klagomål och synpunkter.
- Praktikertjänst har vidare en central klagomålshantering inom både tandvård och hälso- och sjukvård dit patienter kan vända sig antingen via telefon eller mejl. Alla ärenden loggas centralt och det förs en dialog med verksamhetsansvariga.
- Om patienten känner att de inte får gehör för sitt problem eller sin synpunkt så kan de kontakta regionernas patientnämnder eller Praktikertjänst reklamationsnämnd (PRN).
- Patienten har dessutom alltid en möjlighet att vända sig direkt till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) med sitt ärende.

Verksamheterna sammanställer själva inkomna klagomål och synpunkter och sammanfattar dessa i respektive patientsäkerhetsberättelse.

De ärenden som inkommer till Praktikertjänst centrala klagomålshantering sammanställs av kvalitetsavdelningen och presenteras för ledning.

PRN:s ärendestatistik sammanställs av kvalitetsavdelningen och presenteras för ledningen.

Respektive patientnämnder kommunicerar i förekommande fall sin statistik till verksamheterna lokalt.

De ärenden som är behandlade och beslutade av IVO hanteras av Praktikertjänst kvalitetsavdelning i samverkan med de lokala verksamheterna.

Praktisk hantering av klagomål inom tandvård

Om en patient har en fråga eller ett klagomål, som inte lösts hos behandlande tandläkare eller tandhygienist, kan patienten ringa till Praktikertjänsts patienttelefon.

Om problemet inte kan lösas vid ett sådant telefonsamtal kan patienten få kontakt med någon av Praktikertjänsts kvalitetstandläkare inom två veckor. Många problem kan lösas vid en sådan kontakt.

Om patienten fortfarande inte är nöjd efter denna kontakt kan patienten göra en skriftlig anmälan till PRN. En patient kan också lämna synpunkter via mejl.

Egenkontroll

Under året har ett arbete med att öka och förbättra antalet egenkontroller initierats. I ledningssystemet finns därför standardiserade mallar för egenkontroll. Årskalendern i ledningssystemet påminner också och stödjer att egenkontroller utförs och anger en minsta frekvens för genomförande. Beroende på resultat väljer verksamheter att öka antal egenkon-

troller.

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Lagefterlevnadskontroll*	1 gång per år	Enkätverktyg
Hygienrond	1 gång per år	IA-systemet
Apoteksrond	1 gång per år	Extern kontroll
Brandskydds rond	4 gånger om året	IA-systemet/Extern kontroll
Journalisering	2 gånger per år	Patientadministrativa system
Medicinska bestrålningar	1 gång per år	Patientadministrativa system
Åtkomstkontroll	Min. 1 gång per år	Patientadministrativa system
Kemikalierond	1 gång per år	Chemsoft
Personuppgiftsrond	1 gång per år	Patientadministrativa system
Avfallsrond	1 gång per år	IA-systemet

*Lagefterlevnadskontroll (LEK) är en strukturerad genomgång av hur väl verksamheten uppfyller av myndigheter ställda krav. Efter genomförd, granskad och godkänd LEK får verksamheten ett kvalitetsdiplom.

Process – åtgärder för att öka patientsäkerheten

Introduktionen av ett gemensamt ledningssystem innebär att vi stärker det systematiska utvecklingsarbetet och möjligheten till interaktivt lärande inom organisationen.

Implementering av ledningssystemet har under 2019 riktats till hälso- och sjukvårdsverksamheterna och servicekontoret. En pilot för implementering till tandvård har genomförts för ca 15 verksamheter. Arbetet har skett genom framtagning av lathundar och filmer samt genomförande av workshops tillsammans med verksamheterna.

En supportorganisation har utvecklats för att stödja implementering och optimal användning av det nya ledningssystemet.

Utveckling av ledningssystemet är ett ständigt pågående arbete. Under året har arbetet bland annat fokuserat på att ta fram tydliga processkartor för huvud- och stödjande processer med koppling till gällande krav och dokument, vilket medför förstärkt tillgänglighet till styrande dokument.

En webbportal eller start sida för ledningssystemet har skapats för att stödja användarna i att enkelt navigera i ledningssystemet. Startsidan omfattar också en årskalender med koppling till egenkontroller, riskanalyser mm.

För att komplettera arbetet med ledningssystemet och ökade myndig-

hetskrav har Praktikertjänst sjösat ett system för intern revision som omfattar samtliga verksamheter och kvalitetsområden.

Praktikertjänst har ett ledningssystem som är certifierat för kvalitet (ISO 9001:2015) och miljö (ISO 14001:2015). Koncernens kontor uppfyller kraven för kvalitetscertifieringen och 80-talet lokala verksamheter uppfyller kraven för miljöcertifieringen.

Riskanalys

Praktikertjänst använder en sammanhängande modell med Intressent-, Risk- och Möjlighetsanalys (IRMA). IRMA genomförs på koncernnivå och inkluderar risk- och möjlighetsvärderingar för ledningsprocessen, patientprocessen och för stödprocesserna.

Lokala riskanalyser sker löpande enligt årskalendern och vid behov med stöd av gemensamma mallar i IA-systemet. När större risker identifieras eskaleras risken upp till kvalitetsavdelningen.

Utredning av händelser - vårdskador

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 enligt rutin anmälningsansvarig läkare respektive tandläkare på kvalitetsavdelningen. Om en strålkälla har varit inblandad involveras även strålsäkerhetsstrategen av anmälningsansvarig. I samråd med lokal verksamhetschef beslutas 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 en händelses rotorsak.

Om en strålkälla är involverad skickas information om händelsen eller händelseanalysen även till Strålsäkerhetsmyndigheten.

I tillämpliga fall anmäls händelsen även till Läkemedelsverket.

Informationssäkerhet

1. *Uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse*
Året 2019 har efterlevnad av egenkontrollskrav avseende GDPR och informationssäkerhet granskats. Syftet med dessa är att vidmakthålla en god informations kvalitet och integritet för våra patienter.
Egenkontrollen omfattar ett antal punkter sprungna från ISO 27001 och GDPR avseende klassning av information och tillhörande IT-system. En bred tillsyn inom informationssäkerhet ger en ökad medvetandegrad enligt vår erfarenhet, vilket tjänar grundsyftet med informationssäkerhet.
2. *Genomförda riskanalyser*
Riskanalyser har fortlöpande gjorts på ett antal av de bassystem

inom verksamheten som bearbetar eller lagrar information av extra känslig natur.

Risکانalyser vid tilldelning av behörigheter har förbättrats ytterligare och ingår nu som en del av löpande dialog med medarbetare. Det leder till anpassning av medarbetares tillgång till onödig information som därmed utsätts i mindre utsträckning för informationsbrus.

3. *Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse*
Informationssäkerhetsramverket har förfinats, förenklats och verksamhetsanpassats ytterligare.
PCI certifiering har under året genomförts vilket berör den del av verksamheten som hanterar kortköp.
Införande av ett digitalt behandlingsregister i koncernen ger en ökad kontroll över var förvaring och behandling av personuppgifter sker.
4. *Utvärdering vårdgivaren har genomförts av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem*
PEN-tester genomförs regelbundet och vid behov på ett antal av de system som Praktikertjänst hanterar och underhåller till övrig verksamhet. Ökat om dessa utgör en tjänsteleverans eller IT - System leverans.
5. *Granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring*
Regelbunden kontroll av nyttjande av sammanhållna journalsystem inklusive journalslagningar görs månadsvis och vid behov/misstanke.
Vidare har Inera-revision genomförts som en ordinarie del av vår egenkontroll av leverantörer av tjänster och/eller informationsförsörjare till Praktikertjänst.

Avvikelse och anmälningar

Hälso- och sjukvård

Antalet anmälningar av allvarig vårdskada enligt lex Maria under 2019 var 16 st, vilket är en minskning jämfört mot 2018. Sammanfattningar och analyser av lex Maria läggs ut på intranätet för spridning i organisationen.

De flesta anmälningarna rör försenad diagnos. Under året har också en händelseanalys genomförts i samverkan med Region Stockholm.

Antalet enskilda IVO-ärenden under 2019 var 38 st, en minskning jämfört med 2018. 3 st läkare anmälde till IVO som riskindivider.

Inga händelser anmälde till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Sammanfattning

- Den vanligaste orsaken till patientavvikelse är bristande

kommunikation, informationsöverföring.

- Patientavvikelser sker främst vid administrativt arbete och därefter vid behandling.
- Mycket få förbättringsförslag inrapporterade.
- Flera av avvikelserna rör annan vårdgivare

Tandvård

Totalt antal avvikelser under 2019 uppgick till 2895 st. Av dessa var 442 st inom strålsäkerhet vilket ligger i linje med resultat från tidigare år. Inga anmälningar av allvarlig vårdskada gjordes under 2019.

Antalet enskilda IVO-ärenden under 2019 var 8 st, vilket var oförändrat jämfört med 2018. 3 st tandläkare anmälades till IVO som riskindivider.

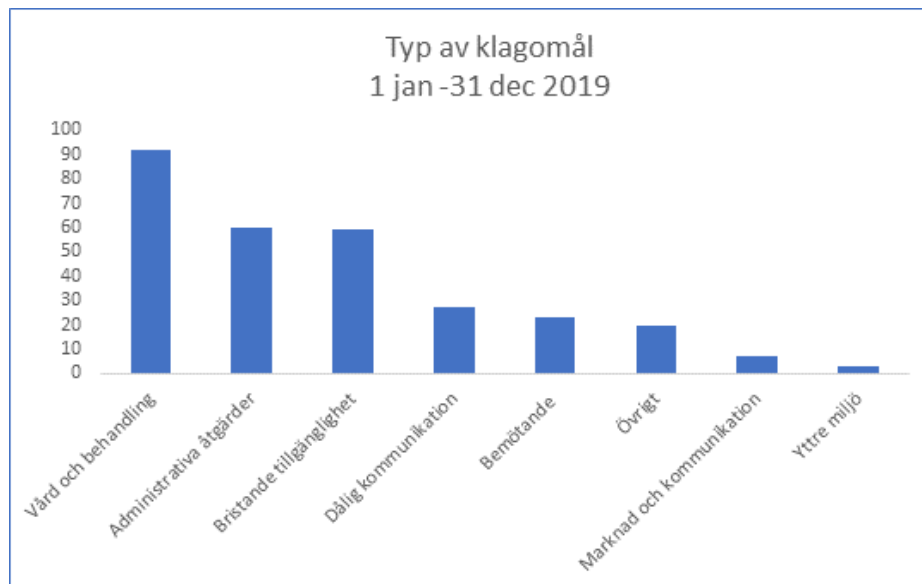
Inga händelser anmälades till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Klagomål och synpunkter

Hälso- och sjukvård

Under 2019 inkom 291 st ärenden till Praktikertjänst centrala klagomåls-hantering, vilket är närmast en halvering jämfört med föregående år då det inkom 540 st ärenden. En möjlig förklaring är att patienterna nu initiativt hör av sig direkt till den verksamhet de har klagomål på, och då även får adekvat svar och respons direkt från verksamheten.

Jämfört med 2018 har kategorin "vård och behandling" ökat kraftigt samtidigt som kategorin "bristande tillgänglighet" har minskat.



Fördelningen av centralt hanterade klagomål under 2019.

Tandvård

	<u>2019</u>	<u>2018</u>
Antalet telefonsamtal och synpunkter via mejl		
Antal samtal till patienttelefonen som avslutades direkt	280	275
Antal samtal som togs om hand av KKD-tandläkare	41	24
Antal ärenden som KKD-tandläkarna avslutade	35	17
Antal ärenden via mejl till synpunkten@ptj.se	201	133
Antal ärenden via mejl, telefon eller brev som "gått till fullmakt"	49	64
Antal ärenden där fullmakt begärts men inte erhållits	15	32
Antal ärenden som inte är avslutade	13	10

Händelser och vårdskador

I våra händelseanalyser ser vi bland annat att kontinuitet är en mycket viktig förutsättning för patientsäkerheten. Här har vi, trots inträffade händelser, underlag för att säga att vi har en god kontinuitet i våra verksamheter, något som bekräftas av den Nationella Patientenkäten.

Under året har vi anmält fler riskindivider än tidigare till IVO. Vi ser flera orsaker till detta:

- Transparensen i ersättningssystemen har ökat vilket har gett oss möjligheter att tidigare identifiera riskbeteenden
- Servicekontorets uppföljning av verksamheterna har förbättrats
- Kommunikationen med verksamheterna i dessa ärenden har förbättrats

Riskanalys

Det nya ledningssystemet ger goda möjligheter till att på ett strukturerat sätt sammanställa riskanalyserna centralt.

Ledningssystemet stimulerar även de lokala verksamheterna till att analysera och sammanställa registrerade avvikelser, genomförda händelseanalyser, riskanalyser och resultat.

Under året har riskanalyser genomförts centralt bland annat gällande Praktikertjänst24, strålskyddsorganisationen, kontorets omorganisation

och de centrala processerna.

Analys av avvikelser

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

Vi ser ett behov av att arbeta med vår patientsäkerhetskultur i syfte att inkludera alla i det gemensamma ansvaret för patientsäkerheten.

Resultat och analys

Uppföljning av mål och strategier för 2019

- 100% av alla verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade.
Målet har inte nåtts. Främsta orsaken till detta är införandet av det nya ledningssystemet som har försenat arbetet.
- Breddinförande av det nya ledningssystemet har inletts.
Målet har nåtts, samtliga enheter inom hälso- och sjukvård har anslutits.
- Fortsatt följa STRAMAs nationella mål för antibiotikaförskrivning. Praktikertjänst har formulerat ett mål för sin primärvård om 130 st antibiotikarecept per 1000 listade patienter.
Målet har inte nåtts, antalet antibiotikarecept per 1000 listade är för 2019 132 st.
- Kvalitetsrevidera samtliga verksamheter genom egenkontroll.
Aktiviteten har utförts men målet har inte nåtts eftersom endast 73 % svarade på egenkontrollen.
- Under 2019 formulera och fastställa en plan för intern revision av strålsäkerhetsarbetet och tillse att verksamheternas egenkontroll inkluderar strålsäkerhet.
Målet har nåtts.
- Vi har i samverkan med AFA och SKR (tidigare SKL) utvecklat och implementerat en patientsäkerhetsmodul i IA-systemet.
Målet har nåtts.
- Genomföra en nollmätning av rapportering och analys av antal avvikelser och förbättringsförslag från medarbetarna.
Målet har nåtts så väl det är möjligt. Tandläkarnas nuvarande avvikelshanteringssystem innehöll 2895 st registrerade avvikelser, hälso- och sjukvårds avvikelshanteringssystem ger inte möjlighet till aggregerad statistik och 114 st patientavvikelser registrerades i IA-systemet.

Mål och strategier för kommande år

- 100% av alla verksamheter ska vara kvalitetsdiplomerade genom lagefterlevnadskontroll (LEK).
- Breddinförandet av det nya ledningssystemet ska ha avslutats.
- Fortsatt följa STRAMAs nationella mål för antibiotikaförskrivning och sänka Praktikertjänst mål för sin primärvård till 125 st antibiotikarecept per 1000 listade patienter.
- Alla doser från CBCT ska ligga inom det referensintervall (DRN) som anges av SSM eller vara utredda och motiverade.
- Minst 30 st verksamheter ska ha fått besök gällande

strålsäkerhet inom ramen från *Intern kontroll*.

- En ökning av antalet rapporterade risker i patientsäkerheten med 25% under året i syfte att minska antalet vårdskador.

Bilaga: strålskyddsbokslut 2019

Strålskyddsarbetet följer samma struktur som övrigt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Se därför den centrala patientsäkerhetsberättelsen för en mer noggrann redogörelse. Nedan följer de tillägg som enbart gäller strålsäkerhet.

Systematiskt strålskyddsarbete

Strålsäkerhetskommittémöten har skett både i verksamheterna och på servicekontoret i Stockholm. Protokollen från de lokala mötena i verksamheterna ska bifogas den årliga patientsäkerhetsberättelsen där strålskyddsbokslutet inkluderas. Protokollen från kontorets strålsäkerhetskommittémöten har publicerats på intranätet och i det nya ledningssystemet.

I starten av 2019 trädde Praktikertjänsts verksamhetstillstånd ikraft. Verksamhetstillståndet innebär ett förtroende från Strålsäkerhetsmyndigheten i att Praktikertjänst själva tillåts säkerställa uppfyllnad av samtliga strålskyddskrav i samband med att verksamheter utökas eller förändras.

Servicekontorets fokus har under 2019 legat på att utveckla det nya ledningssystemet och det systematiska arbetet som ska ske här för samtliga kvalitetsområden (ett av dessa är strålsäkerhet), och i att sätta upp ett internrevisionsprogram. Dessa initiativ leder till en förbättring i det systematiska kvalitetsarbetet och kommer att fortsätta sin utveckling under 2020.

Det nya ledningssystemet omfattar dokumenthantering, avvikelsehanteringssystemet, lagbevakningstjänst, kemikaliehanteringssystem, röntgenregister och en kalender så att verksamheterna enkelt kan håll reda på de kvalitetsuppgifter som behöver ske under året som t.ex. egenkontroller, funktionskontroll av utrustning och brandronder. Ett välutvecklat ledningssystem med rutiner, kalender och uppföljning är grunden för allt vidare arbete med kvalitet så som strålsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdsverksamheterna implementerades i det nya ledningssystemet under 2019 och tandvårdsverksamheterna implementeras under 2020. Dock omfattades bägge verksamhetstyperna av initiativet *Intern kontroll*. Intern kontroll är ett internrevisionsprogram för verksamheter som inte sedan tidigare omfattas av ett internrevisionsprogram avseende ett ISO – certifikat. Under 2020 är ambitionen att dessa hantearas i ett gemensamt internrevisionsprogram.

Praktikertjänst Röntgenarkiv har utvidgats till att omfatta strålkällor inom även moderbolagets Hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet

Flera strategiska initiativ och åtgärder har startat under året i vilka strålsäkerhetsarbetet utvecklas. Dessa har fokuserat på det nya ledningssystemet inklusive

uppföljning av arbetet med detta.

Intern kontroll (intern revision) – 1 juni 2019 trädde ett nytt krav i kraft från Strålsäkerhetsmyndigheten som ställer krav på intern revision. Eftersom ett flertal andra kvalitetsområden berörs av krav på intern revision samordnades internrevisionsplaneringen för strålsäkerhet med informationssäkerhet. De första revisionerna utfördes under hösten 2019. Det nuvarande revisionsprogrammet sträcker sig fram till år 2021.

Ramavtalsupphandling – Kontorets inköpsavdelning färdigställde den ramavtalsupphandling som omfattar radiologisk utrustning och tjänster. Kvalitetsavdelningen var med som kravställare till upphandlingen. Företagen har utsett representanter i strålsäkerhetsfrågor så att Kvalitetsavdelningen har tydliga samarbetspartners. Avstämningar kommer att ske minst årligen och har nu i starten under 2019 fokuserat på leverantörernas strålskyddsorganisation och mätprotokollens omfattning.

Anmälningsplikt – Under perioden 9 april till 9 juli 2019 öppnade Strålsäkerhetsmyndigheten det initiala fönstret för anmälan av befintliga tandläkarverksamheter. Anmälningarna utfördes av kontoret och baserades på det som verksamheterna rapporterat in i Praktikertjänst Röntgenarkiv.

Framtida förändringar kommer löpande att anmälas till Strålsäkerhetsmyndigheten i och med Praktikertjänsts processverktyg som följer alla uppstarter och avslut.

Samverkan med andra vårdgivare – Den 28 augusti genomfördes ett samverkansmöte med flertalet vårdgivare i Sverige som utför tandvård (initierat av Praktikertjänst). På mötet deltog både sjukhusfysiker och specialister i odontologisk radiologi och frågor som diskuterades var bland annat berättigande samt hur kravet på egenkontroll kan uppfyllas.

En sammanställning publicerades i branschtidningen "Sjukhusfysikern".

Nytt ledningssystem – Kvalitetsområde strålsäkerhet har tagit fram styrande dokument, varit med i implementeringen av det nya avvikelsesystemet, satt upp en laglista med tillhörande kontrollfrågor, kravställt röntgenregistret, lagt in årliga återkommande kalenderhändelser så som egenkontroll av medicinska bestrålningar och funktionskontroll av utrustning.

Uppdaterad strålskyddsorganisation – Praktikertjänst strålskyddsorganisation uppdaterades i samband med den omorganisation som skedde hösten 2019 på servicekontoret. En riskanalys utfördes och dokumenterades av centrala strålsäkerhetskommittén. Detta skedde innan den nya strålskyddsorganisationen beslutades och dokumenterades i ledningssystemets processhanteringsdel tillsammans med tillhörande ansvarsbeskrivningar.

På detta följde beslutet att upphäva Praktikertjänst centrala strålsäkerhetskommitté på initiativ av ordföranden. Kommittén bildades år 2014 för att komma tillrätta med strålsäkerhetsarbetet inom Praktikertjänst. Eftersom detta nu är väl integrerat med Praktikertjänst ordinarie ledning och styrning, ledningssystem och uppföljning blev kommitténs arbete överflödigt.

Strålskyddsorganisationen justerades med följande:

-
- Funktionen "affärsområdeschef" har tagits bort.
 - Praktikertjänst har fått dispens på kravet om strålskyddsexpertfunktion för verksamheter med Dental DT (CBCT).
 - Praktikertjänst centrala strålskyddskommitté upphävdes.

Inventering av strålskärning – Enligt åtgärdsplanen för strålsäkerhet skulle Praktikertjänst under 2019 säkerställa strålskärningen i samtliga tandvårdslokaler som innehåller intraoral röntgen. Det fortsatta arbete som skett under 2019 är att Praktikertjänst har förlängt avtalet med den konsult som utför strålskärningsberäkningarna för de verksamheter som har behov. Till befintliga verksamheter har ett flertal påminnelser skickats ut och uppföljning per verksamheter fortsätter under 2020. Dock är inte strålskärnings-informationen verifierad för samtliga befintliga lokaler på grund av resursbrist i och med det intensiva arbetet med det nya ledningssystemet samt den tidsåtgång som krävts för att hantera anmälningsplikten april - juli.

För att antalet verksamheter med okänd strålskärning inte ska öka har ett nytt besiktningsskema tagits fram där strålskärningen ska redovisas. Detta är en tvingande del vid överlåtelser av verksamheter.

Resultat som har uppnåtts

Intern kontroll

Verksamheterna har kunskap om sitt egna strålsäkerhetsansvaret och att det yttersta ansvaret ligger på VD som är Praktikertjänst tillståndshavare. Däremot hade bara 1 verksamhet av 22 noterat och följt den nya rutinen kopplat till strålskyddsorganisationen som handlar om ansvarsbeskrivningar. Således är inte strålskyddsorganisationens uppbyggnad känd, vilket är en brist i förhållande till kraven från strålskyddslagen. Anledningen bristen kan ligga i de flesta verksamheters förhållande till sitt ledningssystem. De arbetar igenom rutinerna vid ett eller två tillfällen per år. Där emellan öppnar man inte ledningssystemet, och det blir då inte det stöd i vardagen som det är till för och kännedom om nya krav dröjer.

Kontroll sker på röntgenutrustningen men inte i samma grad för bildmottagare och bildskärm, trots att hela bildtagningsskedjan behöver kontrolleras för att kunna säkerställa optimerade bestrålningar.

Praktikertjänst centrala strålsäkerhetskommitté

5 st möten och 2 st riskanalyser har protokollförts. Kommitténs arbete har fokuserat på att säkerställa Praktikertjänsts uppfyllnad av anmälningsplikten, intern revision, radiologiska ledningsfunktioner och ledningssystemarbete.

Av de risker som identifierades rapporterades 2 st till Ledningens genomgång i april.

E-enkät kvalitet

603 st verksamheter svarade att de använder någon form av strålkälla.

597 st svarar att deras register (Praktikertjänst Röntgenarkiv) stämmer mot verkligheten medan 6 st verksamheter antingen behöver uppdatera redan registrerad information eller lägga in ny. 24 st av 603 st svarar att deras exponeringstabell inte är anpassad till röntgenutrustning, bildmottagare och patient.

Lagefterlevnadskontroll (Hälso- och sjukvård)

Resultaten presenteras generellt eftersom antalet verksamheter med en strålkälla är så pass få. De svar som berörs av strålsäkerhetsfrågorna har alla svarat att de känner till och arbetar enligt rutinerna för strålsäkerhet i ledningssystemet. Samtliga arbetar aktivt med registrering av förbättringsförslag, risk- och avvikelshantering samt vårdskador enligt gällande lagstiftning. Verksamheternas samtliga medarbetare har utbildning och kunskap i rapportering av förbättringsförslag, risker och avvikelser och de har en rutin för introduktion av nya medarbetare i rapportering i avvikelshanteringssystemet.

Redovisning av nyckeltal

KPI	Status 2019	Målvärde	Förändring
Deltagande i webbutbildning "Strålsäkerhet i tandvården" – tandläkare och tandhygienister	69%	100%	Ökning
Deltagande i webbutbildning "Strålsäkerhet i tandvården" – tandsköterskor	66%	100%	Ökning
Tillstånd för panorama/CBCT, åtgärder utan tillstånd	0 st	0 st	Stabilt
Andel verksamheter anmälda till Strålsäkerhetsmyndigheten	100%	100%	Klart, uppfyller lagen
Strålskärningsinventering			
Andel verksamheter med dokumenterad strålskärning	45%	100%	
Andel verksamheter med centralt verifierad strålskärning 2019	1 %	100% (650 st)	
Verksamheter som har registrerat i DosReg**	15 st	16 st	Ökning
Närvaro av exponerings- eller dostabell*	96%	100%	Ökning
Antal avvikelser anmälda till SSM	0 st	-	Stabilt
Antal utförda riskanalyser i Praktikertjänsts centrala strålsäkerhetskommitté***	2 st	Minimum 1 st	Ingen tidigare referens

*Siffran kommer från E-enkät Kvalitet.

** En verksamhet hade bara inrapporterat för 4 st kvadranter och en hade inte rapporterat något. Bägge verksamheters kontrakterade sjukhusfysiker är kontaktade. Ingen analys mot DRN kan ske eftersom de gränserna har fallit bort från SSM:s optimeringsstöd DosReg. SSM är kontaktade och de har bekräftat att ärendet är mottaget.

***Första året så inga värden finns för jämförelse. De som utfördes var en generell i början av året och en i samband med servicekontorets omorganisation oktober 2019.

Utmaningar och förbättringsområden

Ledningssystemet

Från initiativet "Intern Kontroll" är det synligt att samtliga tandvårdsverksamheter generellt har god kunskap om strålsäkerhet, ansvarsfördelningen och hanterar en stor del av det operativa arbetet på ett tillfredsställande sätt. Det blev även tydligt att rutinerna i då gällande ledningssystem sällan uppdateras med centralt framtagna rutiner.

Konsekvenserna av att rutinerna inte är uppdaterade blir att de innehåller referenser till upphävd lagstiftning och inte uppfyller aktuella krav. Därför stöds inte tandvårds höga diplomeringsgrad av resultatet från den interna revisionen. Med det nya ledningssystemet kommer denna företeelse i stort försvinna eftersom antalet centralt framtagna dokument blir fler och behovet av lokal anpassning minskar.

Strålskärmningsinventering

Under 2020 kommer arbetet med verifiering av inrapporterade strålskärmningsdata att hanteras av fler personer på servicekontoret i syfte att snabbt öka antalet med verifierad strålskärmning. Återkoppling kommer att ske direkt till respektive verksamhet och antalet verifierade följs löpande under året.