



KIROPRAKTORVÅRD

Patientsäkerhetsberättelse för små vårdgivare Kiropraktorvård 2025



Datum och ansvarig för innehållet

2026-01-20 Stephan Kjaer Jepsen verksamhetsansvarig

Innehåll

SAMMANFATTNING	2
Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet	3
Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året	3
Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	5
Rutiner för händelseanalyser	5
Informationssäkerhet	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter	5
Sammanställning och analys	5
Samverkan med patienter och närstående	5
Resultat	6
Övergripande mål och strategier inför kommande år	6

SAMMANFATTNING

Kiropraktorvård bedriver vård och behandling av smärta från det muskuloskeletala systemet gentemot den privata marknaden. Under 2025 har verksamheten bedrivit ett aktivt och systematiskt patientsäkerhetsarbete med fokus på riskförebyggande arbete, avvikelshantering och förbättrad kommunikation gentemot patienter.

Antalet rapporterade avvikelser under året har varit relativt högt. Detta bedöms huvudsakligen bero på en ökad medvetenhet och förbättrad rapporteringskultur bland vårdgivarna snarare än på en försämring av patientsäkerheten. Majoriteten av avvikelserna har varit av administrativ eller organisatorisk karaktär, såsom uteblivna patientbesök, sena avbokningar, kommunikationsbrister och mindre brister i journalföring eller informationsöverföring. Ett mindre antal vårdrelaterade händelser har rapporterats, samtliga utan bestående men för patienterna.

Under året har flera åtgärder vidtagits för att minska identifierade risker, bland annat avseende lokalsäkerhet, hantering av behandlingsutrustning, journalrutiner och information till patient. Erfarenheterna från 2025 har också visat behov av ett mer lättillgängligt och praktiskt ledningssystem. Mot denna bakgrund har verksamheten beslutat att från och med 2026 införa ett förenklat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, anpassat till verksamhetens storlek och organisation, men fortsatt i full överensstämmelse med gällande lagar och föreskrifter.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Målet för patientsäkerhetsarbetet är att alla patienter ska erhålla vård av god kvalitet som är säker, ändamålsenlig och präglad av respekt, trygghet och professionellt bemötande.

Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt och förebyggande för att minimera risken för vårdskador samt säkerställa att eventuella avvikelser identifieras, rapporteras, analyseras och leder till förbättringsåtgärder.

Under 2025 har verksamheten fortsatt att arbeta enligt sitt befintliga ledningssystem, med särskild betoning på avvikelshantering, riskanalys, egenkontroll och lärande i organisationen. Arbetet har präglats av ett kontinuerligt förbättringsperspektiv där både inträffade händelser och potentiella risker har använts som underlag för utveckling av rutiner och arbetssätt.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll inom Kiropraktorvård innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av verksamhetens processer och rutiner för att säkerställa att vården bedrivs i enlighet med lagar, föreskrifter och interna riktlinjer. Egenkontrollen omfattar bland annat granskning av journalföring, uppföljning av rapporterade avvikelser, genomgång av lokaler och utrustning samt kontroll av informationssäkerhet.

Under 2025 har egenkontroll genomförts löpande genom sammanställning och analys av avvikelser, uppföljning av identifierade risker samt diskussioner i personalgruppen. Vid identifierade brister har åtgärder vidtagits och följts upp av verksamhetsansvarig.

Avvikelser	2022	2023	2024	2025
Kommunikationsproblem	2	1	8	10
Program-/bokningsfel	2			1
Missad patientuppföljning	1			2
Utebliven daganteckning	3	6	2	3
Uteblivit patientbesök		5	33	20
Skaderisk i lokalen		8	8	7
Vårdskada eller besvär under/efter behandling	0	3	1	5
Utebliven betalning			2	2
Patient inkommit för fel sökorsak			1	1
Totalt	8	23	55	51

Under 2025 uppgick det totala antalet rapporterade avvikelser till 51. De vanligaste avvikelserna avsåg uteblivna patientbesök samt kommunikationsrelaterade händelser. Uteblivna patientbesök berodde i huvudsak på att patienter inte infunnit sig till bokad tid eller missat sin bokning, trots befintliga påminnelser. Rutiner för hantering av dessa situationer har följts i samtliga fall.

Skaderisker i lokaler har främst varit kopplade till mindre brister såsom mattor, lister, hyllor eller kvarlämnade behandlingsredskap. Samtliga rapporterade risker har åtgärdats efter rapportering. De vårdrelaterade händelser som rapporterats har främst bestått av övergående smärta, blåmärken eller tillfällig ömhet efter behandling och har inte bedömts utgöra allvarliga vårdskador.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Under 2025 har verksamheten vidtagit flera åtgärder för att öka patientsäkerheten. Lokaler har setts över för att minska risken för fall- och skador. Rutiner för hantering av behandlingsutrustning och förbrukningsmaterial har förtydligats. Informationsgivning till patienter har förbättrats, särskilt avseende behandling, egenvård, återbesök och avbokningspolicy. Journalrutiner har förstärkts genom ökad uppmärksamhet på fullständighet och dokumentation i nära anslutning till patientbesök.

Avvikelser har regelbundet diskuterats inom personalgruppen i syfte att öka lärandet och förebygga upprepning av liknande händelser.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risker identifieras kontinuerligt genom rapportering av avvikelser, observationer i den dagliga verksamheten samt dialog mellan vårdgivare och verksamhetsansvarig. Vid identifierade risker görs en bedömning av sannolikhet och konsekvens, varefter åtgärder beslutas och genomförs. Riskanalyser genomförs regelbundet och vid förändringar i verksamheten.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3 §

Vid händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada genomförs en händelseanalys av verksamhetsansvarig. Analysen kan omfatta journalgranskning, dialog med berörd vårdgivare samt vid behov kontakt med patient. Resultatet dokumenteras och används som underlag för förbättringsåtgärder. Under 2025 har inga händelser bedömts som allvarliga vårdskador eller varit anmälningspliktiga enligt Lex Maria..

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerheten hanteras genom att endast behöriga vårdgivare har tillgång till patientjournaler. Inloggning sker individuellt och all personal omfattas av sekretess. Varje vårdgivare ansvarar för att journalföring sker i enlighet med patientdatalagen och gällande föreskrifter. Risker kopplade till informationshantering följs upp inom ramen för egenkontrollen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §

Samverkan sker genom regelbundna möten och kontinuerlig kommunikation mellan vårdgivarna inom organisationen. Vid behov samverkar verksamheten med andra vårdgivare och hänvisar patienter till rätt vårdnivå. Samverkan syftar till att säkerställa korrekt handläggning av patienter och förebygga vårdskador

Samtliga vårdgivare har en skyldighet att rapportera avvikelser och risker. Klagomål och synpunkter kan lämnas muntligt eller skriftligt till verksamhetsansvarig och hanteras enligt fastställda rutiner. Under 2025 har inga ärenden inkommit via patientnämnd eller IVO.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Samtliga vårdgivare har en skyldighet att rapportera avvikelser och risker. Klagomål och synpunkter kan lämnas muntligt eller skriftligt till verksamhetsansvarig och hanteras enligt fastställda rutiner. Under 2025 har inga ärenden inkommit via patientnämnd eller IVO.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sammanställning och analys av årets avvikelser visar att patientsäkerhetsarbetet präglas av ökad rapporteringsbenägenhet och lärande. De identifierade bristerna har i huvudsak varit av organisatorisk karaktär och har lett till förbättrade rutiner. Analysen har även visat att det befintliga ledningssystemet upplevts som omfattande i relation till verksamhetens storlek, vilket har bidragit till beslutet att införa ett förenklat ledningssystem från och med 2026.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Kiropraktorvård har i nuläget ingen strukturerad metod för formell patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet. Patienter och närstående ges dock möjlighet att framföra klagomål och synpunkter, vilka hanteras enligt fastställda rutiner. Ingen patientenkät har genomförts under 2025.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Patientsäkerhetsarbetet under 2025 har resulterat i ökad medvetenhet kring risker, förbättrad rapporteringskultur och flera konkreta förbättringsåtgärder. Trots ett relativt högt antal rapporterade avvikelser bedöms vården ha varit säker och inga allvarliga vårdskador har identifierats.

Övergripande mål och strategier inför kommande år

Inför 2026 kommer Kiropraktorvård att implementera ett förenklat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det nya systemet är utformat för att vara mer lättöverskådligt, praktiskt och integrerat i den dagliga verksamheten, samtidigt som det uppfyller kraven i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Målet är att stärka följsamheten till rutiner, minska administrativ belastning och ytterligare förbättra patientsäkerheten genom ett mer levande och tillgängligt förbättringsarbete.