



**Patientsäkerhetsberättelse för  
Remisshjälpen Sverige AB  
År 2020**

---

*Datum och ansvarig för innehållet:*  
2021-01-14  
Dino Turkanovic (Medicinskt ansvarig läkare)  
Linnéa Eigbire-Vahlberg (Verksamhetschef)

---

## Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning.....   | 3  |
| STRUKTUR .....  | 4  |
| Övergripande mål och strategier .....                         | 4  |
| Organisation och ansvar .....                                 | 5  |
| Samverkan för att förebygga vårdskador .....                  | 6  |
| Patienters och närståendes delaktighet .....                  | 6  |
| Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ..... | 7  |
| Klagomål och synpunkter .....                                 | 7  |
| Egenkontroll.....   | 8  |
| PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....         | 9  |
| Riskanalys .....  | 11 |
| Utredning av händelser - vårdskador .....                     | 11 |
| Informationssäkerhet .....                                    | 12 |
| RESULTAT OCH ANALYS.....                                      | 13 |
| Egenkontroll.....   | 13 |
| Avvikelser.....   | 13 |
| Klagomål och synpunkter .....                                 | 14 |
| Händelser och vårdskador .....                                | 14 |
| Riskanalys .....  | 14 |
| Mål och strategier för kommande år.....                       | 15 |

---

## Sammanfattning

### Mål

RemissHjälpen Sverige AB:s vision är att med digital teknik, mänsklig vårdkompetens samt en nära dialog kunna hjälpa patienter från hela landet till en trygg vård på lika villkor. Patienten får en medicinsk bedömning, vägledning i vården och remiss till specialist när det behövs. Vårt löfte till patienten är att hen ska få rätt vård i rätt tid.

Medarbetare skall utifrån evidensbaserad medicinsk kunskap kunna arbeta tryggt och effektivt i en digital tjänst.

### De viktigaste åtgärderna som vidtagits

- Slumpvis och riktad journalgranskning har genomförts kontinuerligt under året som gått enligt implementerad rutin.
- Onboarding- samt offboardingprocesser har definierats ytterligare, enligt plan från föregående år, där hänsyn kontinuerligt tagits till resultat av avvikelser samt de synpunkter som inkommit under året.
- Rutiner och processer kopplade till patientärenden har utvecklats och förtydligats kontinuerligt.
- Rutiner och processer rörande avvikelserapportering har förtydligats.
- Rutiner och process för hantering av klagomål och synpunkter har förtydligats.
- Rutiner och processer upprättade och kontinuerligt uppdaterade i och med uppstart av privat MR- och ULJ-remitteringstjänst.
- Rutiner för riskanalys har tagits fram.
- Medarbetarenkät upprättad och besvarad.

### De viktigaste resultaten som uppnåtts

RemissHjälpen har sedan början av 2020 fram till december samma år ökat antalet patientärenden med 58%. Patientnöjdheten bedöms som mycket god då snittbetyget ligger på 4,7/5. Antalet remisser som godkänns har även i år beräknats uppgå i 97%, vilket är över rikssnittet (50–80% beroende på specialitet).

Privat tjänst avseende remittering till MR- och ULJ-undersökning har upprättats.

---

## En blick framåt

Under 2021 fortsätter vi vårt positiva utvecklingsarbete med att:

- Vidareutveckla företagets ledningssystem och genom detta säkerställa kontinuerlig kvalitetsssäkring.
- Uppstart av ett andra kontor i Sverige, denna gång beläget i Jönköping.
- Vidareutveckla rutiner och dokumentation i samband med rutinmässig journalgranskning samt uppföljning av densamma.
- Fortsatt fokus på att effektiva och kvalitetssäkra processer genomsyrar hela verksamheten.
- Planering och implementering av kompetensutveckling för samtliga anställda.
- Fortsatt kvalitetsgranskning och utvärdering av RemissHjälpens privata tjänst avseende remittering till MR- och ULJ-undersökning.

---

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

*2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §*

RemissHjälpen Sverige AB:s mål är att med digital teknik, mänsklig vårdkompetens samt en nära dialog kunna erbjuda patienter från hela landet en trygg vård på lika villkor med hög medicinsk kvalitet och ett gott bemötande. Patienten ska få en medicinsk bedömning, vägledning i vården och remiss till specialist när det bedöms medicinskt motiverat. Vårt löfte till patienten är att hen ska få rätt vård i rätt tid.

Medarbetare skall utifrån evidensbaserad medicinsk kunskap kunna arbeta tryggt och effektivt i en digital tjänst.

---

All verksamhet utgår från den enskilde patientens besvär, tidigare utredningar och diagnoser samt livssituation. Processen stöds av frågeformulär, färdiga patientråd, rekommendation av vårdnivå och vårdgivare utifrån bedömning, väntetid, region och tidigare omdömen samt standardiserade remissmallar.

Verksamhetens nystartade privata remitteringstjänst utgår vid remittering från patientens önskemål sammantaget med läkarbedömning baserat på av patienten ifyllt frågeformulär samt dialog via chatt och vid behov per telefon.

## Organisation och ansvar

*SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1*

VD har det formella och övergripande ansvaret för styrning av den medicinska verksamheten.

Medicinsk ansvarig läkare (MAL) har det yttersta medicinska ansvaret över verksamheten.

Verksamhetschefen (VC) har det formella och övergripande ansvaret för ledning av den medicinska verksamheten samt ledning och styrning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

CTO ansvarar för informations- och datasäkerhet i den dagliga verksamheten. CTO ansvarar tillsammans med VC för att verksamhetens arbetar i enlighet med GDPR.

Medicinsk sekreterare/ vårdadministratör ansvarar för RemissHjälpens kundsupport. Kundsupport tar emot allmänna frågor, synpunkter och klagomål från patienter och ansvarar för att dessa besvaras och om nödvändigt åtgärdas så snart som möjligt. För handläggning av allvarigare klagomål ansvarar VC.

Administrativ utvecklare (AD) ansvarar, tillsammans med VC och VD, för utveckling och utvärdering av administrativa processer och rutiner.

Vårdadministratör ansvarar tillsammans med VC samt VD för kontinuerlig kontroll av patientärenden i MR- och ULJ-tjänsten samt dialog med läkare och patienter vilka ingår i/ tar del av denna tjänst.

---

Alla medarbetare ansvarar för att synpunkter och klagomål från våra patienter hanteras skyndsamt och används för att anpassa våra arbetsätt för att minimera risk för vårdskador. Verksamheten bedrivs i huvudsak av sjuksköterskor. Således har RemissHjälpen ej förskrivit några läkemedel under år 2019.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

*SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3*

RemissHjälpen samarbetar bland annat med och hanterar digital vård via Husläkarna Skrea AB som ansvarar för vården gentemot Region Hallands län.

## Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Under besöket får patienten själv beskriva sina besvär och önskemål avseende vidareremittering. Särskild vikt läggs vid att varje patient skall veta vilket förlopp de kan förvänta sig efter besöket och när och vart de skall vända sig för att följa upp en eventuell remiss, eller om förloppet avviker. Patienterna vägleds genom remitteringsprocessen samt informeras om huruvida de uppfyller rådande remisskrav på ett begripligt sätt. Uppfylls inte remisskraven erbjuds/ informeras patienten om de alternativ som bedöms aktuella i det enskilda fallet. Besöket avslutas inte förrän patienten uttrycker sig färdig. I de fall där återkoppling uteblir från patientens sida uppmanats först till återkoppling via chatt, sms och telefonsamtal innan ärendet avslutas. Vid fortsatt utebliven återkoppling avslutas ärendet. Patienten mottar kontaktinformation till kundtjänst dit hen kan vända sig vid eventuella frågor.

Medverkan av våra patienter och medarbetare är avgörande för att våra tjänster skall vara användarvänliga och hålla hög medicinsk kvalitet och säkerhet. Patienter som har ett ärende hos RemissHjälpen får möjligheten att direkt efter ärendet avslutats utvärdera besöket.

Vid avvikelse där patient drabbats ansvarar VC för att drabbad patient skall informeras och erbjudas delaktighet i utredning och återkoppling om vidtagna åtgärder samt för att patienten informeras om möjlighet att anmäla klagomål till Patientnämnd och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 7 kap. 10 §. Patienten informeras även om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadlagen eller från läkemedelsförsäkringen. Informationen

---

lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

Vid remittering till MR- och ULJ-undersökning för privatbetalande patienter baseras valet av undersökning på patientens önskemål i samråd med läkare efter konsultation och fastställd indikation. Patienten informeras via hemsida och information i chatt om förlopp samt sedermera även resultat av undersökningen. Patienten remitteras vid behov vidare till lämplig specialistmottagning. Val av mottagning sker i samråd med patient i den mån det är möjligt. Besöket avslutas inte förrän patienten uttrycker sig färdig. I de fall där återkoppling uteblir från patientens sida uppmanats först till återkoppling via chatt, SMS och telefonsamtal innan ärendet avslutas. Vid fortsatt utebliven återkoppling avslutas ärendet. Patienten mottar kontaktinformation till kundtjänst dit hen kan vända sig vid eventuella frågor.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Alla som arbetar inom RemissHjälpen skall rapportera vårdskada, tillbud och risker för vårdskada. Detta rapporteras via ett lättillgängligt avvikelssystem. All hälso- och sjukvårdspersonal upplyses vid rekryteringsprocessen om vikten av att kontinuerligt rapportera in risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. VC går igenom inkomna avvikelser och beslutar om åtgärder alternativt fördjupade analyser. Hanteringen påbörjas omedelbart av VC som tar ställning till allvarlighetsgrad och hur och av vem avvikelserna skall utredas. Avvikelse rapport skall skrivas skyndsamt. Vid misstanke om allvarlig skada eller risk, skall också VD kontaktas per telefon alternativt via internt kommunikationssystem.

## Klagomål och synpunkter

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6*

Vi uppmanar våra patienter att i första hand ta upp klagomål direkt under pågående besök i Visiba och i andra hand att i efterhand inkomma med en skriftlig beskrivning av den synpunkt de önskar lyfta. Denna kan sedan skickas in via mejl till kundtjänst, eller per post. Patienter och anhöriga informeras om detta i de fall där synpunkter framförs.

Kundsupport finns tillgänglig via digitalt förfrågningsformulär på hemsidan och mejl under kontorstid för att kunna fånga upp synpunkter och klagomål via mejl. De allra flesta klagomål löses direkt under besöket. Patienter som

---

lämnar klagomål till kundsupport kontaktas av densamma för vidare dialog. Klagomål i supporten granskas även av VC som beslutar om lämplig åtgärd vid mer komplexa ärenden. Avstämning avseende detta sker mellan medicinsk sekreterare/ vårdadministratör som ansvarar för kundtjänst samt VC sker löpande.

Vid vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada registreras informationen som avvikelse. Klagomål och synpunkter från IVO respektive Patientnämnden hanteras som en avvikelse och kommuniceras till berörda.

Avvikelse och händelser relaterade till patienter kombinerat med risk och händelseanalyser rapporteras löpande. Uppföljning och granskning inom specifika områden som följd av inrapporterade avvikelser sker var tredje månad samt vid behov. Nödvändiga förändringar av verksamhetens rutiner genomförs. Information om detta ges till samtliga medarbetare skriftligt via RemissHjälpens interna kommunikationssystem samt vid APT. Även individuella samtal för återkoppling.

## Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

RemissHjälpens uppföljning genom egenkontroll har under året innefattat följande aktiviteter:

| Egenkontroll  | Omfattning  | Källa   |
|---|---|---|
| Journalgranskning för kontroll av följsamhet till gällande riktlinjer.                                | Kontinuerligt med uppföljning på vecko-/månadsbasis | System  |
| Uppföljning och granskning inom specifika område som följd av inrapporterade avvikelser och klagomål. | Kvartalsvis   | Avvikelsesystem, riktlinjer, policys, kundtjänst, system. |
| Interna avvikelser  | Löpande   | Avvikelsesystem, system.                                  |
| Patientsäkerhetsberättelse  | En gång per år                                      | System, avvikelsesystem, månadsanalyser.                  |
| Uppdatering av lagstiftning och andra krav  | Löpande   | System  |



|                                    |                                   |                                     |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Medarbetarsamtal                   | Minst två gånger per år           | Protokoll                           |
| Patientens klagomål och synpunkter | Löpande, minst fyra gånger per år | Patientnämnden, IVO, avvikelssystem |

Varje ny medarbetare får till att börja med sitta bredvid VC som introducerar hen i verksamhetens system, arbetsätt och flöden. VC följer därefter i detalj minst de första 20 patientärenden som varje ny medarbetare tar hand om och ger löpande feedback tills medarbetarens medicinska och tekniska färdigheter bedöms tillräckliga för att kunna säkerställa säker vård av god kvalitet. Introduktionen följs upp löpande genom samtal med VC en vecka, en månad samt tre månader efter att medarbetaren påbörjat sin anställning hos RemissHjälpen.

Verksamhetschefen kontrollerar dagligen verksamhetens resultat avseende måltal. Denna kontroll inkluderar även en jämförelse mot tidigare resultat. Resultaten redovisas dagligen i RemissHjälpens interna kommunikationssystem samt på månadsbasis vid APT samt till styrelsen. Medarbetarna tar del av dessa resultat via det interna kommunikationssystemet samt veckovis vid gemensam avstämning.

Region Halland kvalitetsgranskar Husläkarna Skrea AB inom ramen för sin revision vilket också stödjer RemissHjälpen, som underleverantör, i vårt förbättringsarbete.

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Utöver att följa de processer, rutiner och riktlinjer som utgör RemissHjälpens kvalitetsledningssystem lyfts här några exempel på nya eller vidareutvecklade åtgärder i syfte att öka patientsäkerheten under 2020.

---

## Journalgranskning

Slumpvis och riktad journalgranskning har genomförts kontinuerligt under året som gått enligt implementerad rutin. Syftet med granskning av patientjournaler är att säkerställa att dokumentation och handläggning genomförs enligt gällande lagstiftning, att RemissHjälpens riktlinjer följs samt att erhålla ett underlag för kvalitetssäkring med målet att tillförsäkra patienten en god och säker vård. VD genomförde detta arbete fram till november månad då VC sedan tog över denna uppgift. Denna granskning med bedömning och uppföljning av åtgärder har genomförts på månadsbasis.

## Rekrytering, introduktion och utbildning

Processer och rutiner för rekrytering och introduktion har skapats samt förtydligats. VD och VC har arbetat fram en plan för hur medarbetarna på ett säkert och tryggt sätt ska komma in i arbetssättet vid digital vård vilken även innefattar ett ökat antal uppföljande samtal efter tillträde. All information kring medarbetare samlas i ett gemensamt system.

Uppdaterad information kring nya rutiner har redovisats löpande för samtliga medarbetare; skriftligt via internt kommunikationssystem samt muntligt vid möten och månatliga arbetsplatsträffar. På grund av rådande pandemirestriktioner har möten skett vid behov samt även via videosamtal och telefon under året.

Legitimation från Socialstyrelsen, ärenden hos IVO samt utdrag från polisens belastningsregister kontrolleras inför nyanställning. I introduktionen ingår att ta del av rutiner för informationssäkerhet, sekretess och orosanmälan för barn. Samtliga sjuksköterskor arbetar på samma kontor vilket möjliggör ett kontinuerligt kollegialt stöd. På grund av rådande pandemi har RemissHjälpens personal i perioder jobbat hemifrån. Undantaget nyanställda som jobbar på kontoret för att på så sätt få ett kontinuerligt stöd under upplärningsfasen. Medarbetarna har möjlighet att lämna förbättringsförslag för att utveckla och förbättra verksamheten.

## Riktlinjer och Policys

Samtliga rutiner och policys har efter behov uppdaterats under året. Då nya riktlinjer och policys införts har detta förmedlats till medarbetarna både skriftligt via RemissHjälpens interna kommunikationssystem, samt muntligt vid morgonmöten och arbetsplatsträffar. Frågor som uppkommit bland medarbetarna kring dessa nya rutiner har besvarats direkt alternativt inom ett fåtal dagar.

---

## Patientsupport

Samtliga kundtjänstären den som inkommit under år 2020 har besvarats av RemissHjälpens medicinska sekreterare alt. vårdadministratör, VD eller VC. Precis som tidigare år har CTO deltagit i IT-relaterade frågor för kontroll av eventuella systemfel. Klagomål relevanta för verksamheten i stort förmedlas omgående till berörda parter. Samtliga kundtjänstären den besvaras inom 24 timmar (vardagar). Kundtjänstären den som inkommer på helgdagar besvaras nästkommande helgfria vardag.

Kontinuerliga uppföljningar av remisser genomförts för att säkerställa att de hanteras inom utsatt tid samt att remissvar skickas. Samtliga patientären den där remiss skickats följs upp.

## Risکاناليس

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

Förebyggande riskanalyser genomförs vid större förändringar i rutiner och eller organisation. En händelseanalys görs vid allvarlig vårdskada eller risk för detta. Händelseanalys kan också göras vid mindre allvarliga avvikelser, på uppdrag av VC och/eller VD.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Varje enskild avvikelse bedöms avseende sannolikhet och allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen beslutar om en fördjupad händelseanalys ska göras. År 2020 har händelseanalys ej bedömts behövas.

Åtta (8) avvikelser har rapporterats och utretts under året via RemissHjälpens avvikelssystem;

En (1) avvikelse innebar att ett remissvar ej följdes upp enligt rutin. Först då patienten hörde av sig till kundtjänst avseende detta följdes ärendet upp. Efter analys framkom att den rutin som orsakat detta redan setts över och att ändringen som gjorts bedömdes kunna förhindra att detta misstag upprepas.

Två (2) avvikelser har inkommit från tidigare patienter hos RemissHjälpen. Båda avsåg brister i informationsöverföring mellan sjuksköterska och patient. Extra vikt har lagts vid att sjuksköterskorna skall vara tydliga i deras bedömningar och säkerställa att patienterna förstår dessa till fullo. Vid analys

---

av en av dessa avvikelser framkom även brist i kännedom avseende rutiner vid anmälan enligt SoL §14. Denna rutin har efter händelsen uppdaterats och ytterligare information har gjorts tillgänglig till RemissHjälpens vårdpersonal.

Fem (5) avvikelser som inkommit under året har avsett brister i dokumentation/journalföring. Två (2) av dessa avsåg rutiner vid remittering. Rutiner avseende remisshantering har därefter setts över och ändrats för att förebygga att avvikelserna upprepas. Tre (3) avvikelser handlade om fall där sjuksköterska journalfört i fel persons journal. Vid inskolningen av ny vårdpersonal har vikten av att kontrollera att de journalför i rätt persons journal betonats ytterligare.

Under 2020 har RemissHjälpen inte haft några ärenden hos Patientnämnden eller IVO. Samtliga avvikelser har lyfts vid gemensamt möte med vårdpersonalen och diskuterats för att på så sätt öka kunskap och kompetens i gruppen.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Verksamhetschefen svarar för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård- och personalkvalitet.

Arbetet med informationssäkerhet är centralt i RemissHjälpen. Exempel på områden som vi arbetat intensivt med:

- Säker introduktion i området informationssäkerhet för nyanställda
- Säker informationsdelning mellan patienter och vårdgivare

Journalinformationen delas omedelbart med patienten via 1177.se.

Patienten fyller själv i sin sjukdomshistoria, aktuella läkemedel, allergier samt en beskrivning av aktuell sökorsak i det formulär som skall vara ifyllt innan ett ärende kan läggas upp. Dessa uppgifter kontrolleras mot NPÖ (efter godkännande från patienten) för att säkerställa att de stämmer, innan de journalförs.

RemissHjälpens samverkan med andra vårdgivare har under året utvecklats. Fortlöpande och riktlinjer har skapats samt gjorts tydligare.

RemissHjälpen förhåller sig till patientdatalagen och GDPR vid hantering av personuppgifter och persondata. Det beskrivs detaljerat i företagets

---

informationssäkerhetspolicy. Slumpmässiga systematiska kontroller görs varje månad vad gäller RemissHjälpens journalföring i VAS samt kommunikation och ärendehantering i Visiba. Ansvarig för detta är företagets VC. Åtkomst till uppgifter i samtliga system är reglerad utifrån respektive medarbetares roll. I samband med anställning får varje medarbetare ta del av RemissHjälpens Informationssäkerhetspolicy.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

---

### Egenkontroll

Journalgranskning har under året skett en gång i månaden samt oftare och mer riktat som en del av introduktionen vid nyanställning. Dessa granskningar har liksom tidigare år gett oss information om de eventuella brister som funnits vid inskolning av nya sjuksköterskor samt läkare. Resultatet av de journalgranskningar som skett har ej dokumenterats. Rutinen kring detta ses över. Dokumentation och mall för granskning bedöms kunna alstra en mer objektiv bedömning samt även data för vidare analys under verksamhetsåret.

Medarbetarsamtal har genomförts minst två gånger under verksamhetsåret 2020. Samtal har även genomförts utöver dessa samtal, vid behov samt vid specifika incidenter. Två medarbetarenkäter har skickats ut till medarbetarna under året. Resultatet av dessa bedöms kunna redovisas under det första kvartalet 2021 och kommer då även delges samtliga anställda.

### Avvikelser

Ingen av de avvikelser som inkommit under året har bedömts innebära någon betydande risk för vårdskada. Åtgärder har vidtagits i samtliga fall. Samtliga avvikelser har följts upp enligt rutin. Utifrån dessa händelser har rutiner i den dagliga ärendehanteringens granskats och uppdaterats liksom rutiner och information vid inskolning av nyanställda. Detta bedöms ha gett goda effekter i verksamheten. Uppföljning kommer ske fortsatt under verksamhetsåret 2021.

---

Åtta avvikelser har inkommit under verksamhetsåret 2020. Antalet inrapporterade avvikelser har därmed stigit sedan föregående år. Det kan tolkas som att benägenheten att rapportera avvikelser således ökat. Under verksamhetsåret 2020 har verksamhetens personal informerats om ansvar och skyldighet att inrapportera avvikelser. Det har uppmuntrats vid gemensamma samtal samt även skriftligt vid som en del av introduktionen. Rutin och process avseende avvikelshantering har setts över och förtydligats under året.

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående skall tas om hand, beaktas och återkopplas till verksamheten. Detta möjliggör förbättringsåtgärder. Klagomål som bedöms ha saklig grund granskas av VC som beslutar om lämplig åtgärd. Under år 2020 har detta skett kontinuerligt och lett till följande förbättringar:

- Tydligare riktlinjer avseende patientflöde
- Tydligare information till patienterna avseende aktuell bedömning
- Tydligare riktlinjer avseende hantering av klagomål och synpunkter
- Kompetensutveckling
- Förbättrad service

Efter patientmötet finns möjlighet att betygsätta RemissHjälpen. Den genomsnittliga betygsnivån ligger på 4,7 av 5,0 möjliga dvs en väldigt hög positiv patientupplevelse. Majoriteten av de klagomål som inkommer till RemissHjälpens kundtjänst rör fortsatt fakturering samt inloggningssvårigheter.

### Händelser och vårdskador

Inga händelser utöver ovan beskrivna avvikelser har rapporterats under verksamhetsåret 2020.

### Riskanalys

Under året har förebyggande riskanalyser gjorts inom områdena:

- MR/ULJ privat vård
- Introduktion av sjuksköterskor och vårdadministratör i tjänsten
- Vårdprocessen
- Dokumenthantering

---

De viktigaste lärdomarna fanns att hitta inom följande områden som förstärkts:

- Introduktionsutbildning till/fortbildning av sjuksköterskor
- Tydlig dokumentation och kommunikation
- Anpassning och förtydligande av riktlinjer avseende digital vård

## Mål och strategier för kommande år

Under 2020 fortsätter vi vårt positiva utvecklingsarbete med att:

- Upprätta patientenkät samt rutiner kring uppföljning och rapportering av densamma.
- Vidareutveckla företagets ledningssystem och genom detta säkerställa kontinuerlig kvalitetssäkring.
- Uppstart av ett andra kontor i Sverige, denna gång beläget i Jönköping.
- Vidareutveckla rutiner och dokumentation i samband med rutinmässig journalgranskning samt uppföljning av densamma.
- Fortsatt fokus på att effektiva och kvalitetssäkra processer genomsyrar hela verksamheten.
- Planering och implementering av kompetensutveckling för samtliga anställda.