



SOLLENTUNA SPECIALISTKLINIK AB

Patientsäkerhetsberättelse/Kvalitetsbokslut för

Sollentuna Specialistklinik AB (SSK AB)

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-01-28

Perjohan Lindfors

MD, PhD

Gastroenterolog, VD

Sollentuna specialistklinik AB

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER	5
ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	5
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	5
HUR PATIENTSÄKERHETSARBETE HAR BEDRIVITS SAMT VILKA ÅTGÄRDER SOM GENOMFÖRTS FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	6
UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL	6
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	6
RISKANALYS	7
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET SAMT PERSONALENS KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER PÅ KVALITETEN	7
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL	8
SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	8
RESULTAT	9
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	10

Sammanfattning

Detta dokument är Sollentuna specialistklinik AB:s (SSK AB) patientsäkerhetsberättelse för år 2019. Patientsäkerhetsberättelsen syftar till att du som läsare (patient, anhörig, kollega, uppdragsgivare eller myndighet) ska få en uppfattning om verksamheten och hur den bedrivs ur patientsäkerhetssynpunkt. Det är viktigt för oss att du som läsare, patient eller om du på något annat sätt kommer i kontakt med oss ger oss återkoppling på vår verksamhet, svarar på enkäter eller gör din röst hörd med synpunkter eller konstruktiva idéer som kan komma till nytta i det förbättrings och kvalitetsarbete som bedrivs kontinuerligt.

SSK AB grundades 2007 och ägdes fram till 140930 av ett 10-tal medarbetare, därefter köptes verksamheten av Praktikertjänst AB (PTJ) och drivs nu i form av ett helägt dotterbolag inom Praktikertjänstkongcernen. I maj 2019 bildade en dotterbolagskongcern, Proliva AB där PTJ:s samtliga 12 helägda dotterbolag samlades.

Verksamheten har sedan starten bedrivits i lokaler på Sollentuna sjukhus men flyttade 151101 till nybyggda lokaler invid gamla Sollentunamässan (Malmvägen 2 A-B). SSK AB bedriver här en specialistmottagning som innefattar specialiteterna ortopedi, öron-, näs-, och hals sjukdomar, samt endoskopi. Dessutom finns specialist i anesthesiologi knuten kliniken.

Efter att ha vunnit en upphandling med Stockholms läns landsting (SLL) gällande öppenvårdsgastroenterologi (mag-tarm sjukdomar) driver vi en ny mottagning under namnet "Gastromottagningen City" sedan 180401. Denna mottagning är belägen på Olof Palmes gata 9 vid Hötorget.

Under 2018 vann vi i en upphandling med SLL även vunnit ökade uppdrag inom endoskopi. Förutom att fortsätta driva vår endoskopienhet i Sollentuna öppnade vi 2019-01-07 även en ny endoskopimottagning i anslutning till Gastromottagningen City samt 2019-04-01 ytterligare en endoskopimottagning belägen på Vendevägen 85 b i Danderyd.

I våra lokaler i Sollentuna finns även en ögonmottagning (ögonkliniken Vision), denna drivs av annan enhet inom praktikertjänst (moderbolagsveksamhet) och hyr in sig hos oss. Vi hyr även ut lokaler på vår mottagning i Sollentuna till en smärtmottagning med eget vårdavtal med SLL.

Från 2019-06-01 gick vårt vårdval i ortopedi över till Cityakuten AB (ett annat dotterbolag inom Proliva-kongcernen) för att sedan avslutas 2019-12-01

Till grund för verksamheten ligger vårdavtal med SLL, etableringar och vårdval.

Klinikens läkare är alla specialister inom sitt område med mångårig erfarenhet inom sin specialitet och arbetar under eget ansvar som överläkare. Teamet består också av sjuksköterskor med hög kompetens och långvarig erfarenhet inom yrket samt administrativ personal i form av receptionister och ekonomichef.

Ledningsgruppen består av: VD och verksamhetschef Per Johan Lindfors, biträdande verksamhetschef Agneta Eriksson samt ekonomichef Malin Bergenstål. Till ledningsgruppen finns även adjungerade driftsansvariga läkare och sjuksköterskor för våra största verksamheter. För endoskopin - Dr Tom Lindfors och sjuksköterska Annika Jansson, för öppenvårdsgastroenterologin – Dr Gunilla Wirström och sjuksköterska Åsa Smedfors)

Vi använder journalsystemet Take care vilket är det dominerande datajournalsystemet inom Stockholms läns landsting, detta underlättar kommunikationen med andra vårdgivare samt ökar patientsäkerheten.

Kliniken har vid årsskiftet 46 fast anställda medarbetare varav 36 är kvinnor och 10 män. Dessutom finns 9 läkare arbetar på konsultbasis Totalt är således ca 55 personer knuta till kliniken, där andelen kvinnor sammantaget är 3/4.

Under 2019 genomfördes totalt 38 046 mottagningsbesök, varav 18 769 endoskopier och klinikens Öron-näsa-hals läkare utförde över 278 operationer på Danderyds öron-, näs- och halsklinik där vi hyr in oss på operationsavdelningen.

Då vi har expanderat vår endoskopiverksamhet kraftigt har vi investerat i helt ny endoskopiutrustning som installerats på samtliga endoskopirum. Vi har dessutom byggt nya disktrum med den senaste endoskopidisktekniken.

Ett grundläggande incitament för klinikens grundande, drift och utveckling har varit skapandet av frihet och autonomi för verksamheten, där det personliga och professionella mötet med varje enskild patient är den viktigaste ledstjärnan. Andra mål är rimliga väntetider, snabba svar efter provtagning eller undersökningar, kontinuitet och tillgänglighet, där patienten får träffa samma läkare vid återbesök. Där patienter, anhöriga och uppdragsgivare kan förstå verksamheten och se vilka som ansvarar och står bakom den samt att det ska vara lätt för patienter och/eller anhöriga att utan krångliga knappval nå och få tala med en medarbetare när man ringer till kliniken.

Det nära samarbetet mellan klinikens medarbetare, daglig kontakt, planerade möten, gemensamma luncher och fikastunder ger tillfällen för diskussion och reflektion kring klinikens verksamhet med fokus på det som görs bra men även strategisk tänkande i flera led och nytänkande kring möjligheter, hot och risker. Att förutom det systematiska och strategiska arbetssättet i det vardagliga arbetet ges varje medarbetare möjlighet att sätta sig in i, med tid för reflektion, när och hur verksamheten blir sårbar, att förstå när verksamheten närmar sig gränsen för säkerhetsmarginalen där extra uppmärksamhet krävs. En grundläggande förutsättning för att alla medarbetare är engagerade, ser sitt personliga ansvar i detta och känner delaktighet, är uppskattning för sitt arbete och en känsla av betydelsen även i ett större sammanhang.

Vi använder oss av en arbetsmiljömätning (pulsmätning- populum) två gånger/månad där alla medarbetare svarar på några korta frågor gällande arbetsmiljön, detta sammanställs sedan i gruppformat och diskuteras vid våra arbetsplatsträffar (APT). 1 gång per år genomför vi en större arbetsmiljöundersökning via samma plattform, i 2019 års undersökning fick vi det bästa omdömet inom Proliva-koncernen.

Att i grunden följa Socialstyrelsens samlingsbegrepp om "God vård" genom en hälso- och sjukvård som är: kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och i rimlig tid, känns som självklara mål och kriterier för klinikens verksamhet på samma sätt som andra centrala kärnvärden; utbildning, vetenskap, beprövad erfarenhet och etik, utgör en bas.

SSK AB använder ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ett verktyg för patientsäkerhetsarbetet:

- Alla medarbetare i SSK AB har en samsyn gällande patientsäkerhetsarbete.
- Vårt arbetssätt skall garantera trygghet och säkerhet för den enskilde patienten.
- Säkerhets- och händelseanalys utgör en självklar del av vårt säkerhetsarbete.
- Varje medarbetare tar ansvar för att identifiera och rapportera avvikelser och arbetar aktivt med att utarbeta förslag till förbättringar och genomföra beslutade förändringar.
- Vi har lokalt anpassade praktiska rutiner för att befrämja patientsäkerheten.
- Vi arbetar med medicinteknisk utrustning efter dokumenterade rutiner där användaren garanteras relevant utbildning om aktuell utrustning.
- Vårdhygien har en central roll i det dagliga arbetet.
- Varje medarbetare tar ansvar för och arbetar aktivt med systematiskt brandskyddsarbete.
- Vårt IT-stöd ska syfta till att befrämja patientsäkerhet och sekretess..
- Vi använder datajournalssystemet Take care för att öka patientsäkerheten
- All personal har blivit mer alerta på incident rapportering och betydelsen av detta.
- Incident, avvikelser och ev. inkomna klagomål tas upp på regelbundna, protokollförda personalmöten (arbetsplatsträffar).

- De viktigaste resultaten som uppnåtts under året är en ökad vaksamhet och tidig rapportering av risker och avvikelser som kan eller skulle kunna vara en första bristande länk i en längre och potentiellt allvarlig händelsekedja.
- Utbildning och kompetensutveckling har skett genom framför allt intern utbildning; handledning och ny kunskap i arbetsgruppen genom nya medarbetare och utvecklingsarbete kring endoskopier med upprättande av dokument för rutiner.
- SSK AB är miljöcertifierat för miljöledningssystemet enligt SS-EN ISO 14001:2015
- Ett mål för verksamheten är att effektivisera den administrativa tiden och öka tiden för varje enskild patient. För att utveckla verksamheten samt att förebygga skador strävar vi efter att ge medarbetarna möjlighet att behålla nyfikenheten och intresse för nya lösningar, ge stimulans åt fantasin och att se möjligheter men även möjliga faror i verksamheten.

Övergripande mål och strategier

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

Klinikens ledning, i form av VD/verksamhetschef, kvalitets- och miljöansvarig, platschef och ledningsgrupp har i egenskap av vårdgivare övergripande ansvaret för kvalitet och patientsäkerhet.

Målet med verksamheten är och har varit att vården bedrivs med högsta möjliga säkerhet i samarbete med patienten och dennes närstående. Vården bedrivs av specialistläkare och sjuksköterskor med hög kompetens och långvarig erfarenhet. Regelbundna personalmöten, utbildning samt ett väl utvecklat rapporteringssystem för avvikelser syftar till att minimera riskerna för vårdskada. Under 2019 har ett fall av vårdskada rapporterats. Patienten skall känna sig trygg och inte känna sig rädd eller obekvämt med att fråga och återkomma med frågor eller synpunkter angående sin vård, SSK AB:s verksamhet eller vår samverkan med andra vårdgivare.

SSK AB använder ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ett verktyg för patientsäkerhetsarbetet. Ledningssystemet syftar till att uppfylla kraven i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 och Patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9. Som ett dotterbolag inom Praktikertjänst finns det stora möjligheter att ta del av en samlad kompetens.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

På SSK AB ansvarar verksamhetschefen för den medicinska verksamheten, ledningsgruppen leder och organiserar kvalitetssäkringsarbetet i nära samarbete med personalen. Särskilda ansvarsuppdrag t.ex. vad avser hygien, apparatkontroll, miljö etc. har tilldelats några av kliniken sköterskor. Samtliga har rapporteringsskyldighet till verksamhetschefen.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Avvikelse rapportering behandlas i första instans av verksamhetschefen/ bitr verksamhetschef som har till uppgift att analysera avvikelsen i samråd med samtliga inblandade personer och genomföra lämpliga åtgärder. Genomgång av rapporter

avvikelse sker på de regelbundet återkommande och protokollförda personalmötena. Avvikelse rapporterna sammanställs årligen för att få en klar och systematisk sammanställning och analys över de händelser som uppstått under året.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patienterna erhåller förutom muntlig information även skriftlig information om våra undersökningar och i flera fall om våra vanligaste diagnoser. En del av vår skriftliga information finns att läsa, ladda ner eller skriva ut via vår hemsida på internet. Agenda finns för kontinuerlig HLR-utbildning av personalen. Akututrustning, både för barn och vuxna, med bl.a. defibrillator och andningsmask finns i lokalerna. Likaså finns en agenda för brandsäkerhetsarbete.

Under 2019 har personalgruppen utökats med nyanställningar. De nyanställda har uppmuntrats och bidragit till att patientsäkerheten ökat genom att de ser verksamheten med "nya ögon". Alla förslag som haft potential till att öka säkerheten har tillvaratagits.

Patientsäkerhets diskussioner är en stående punkt på våra personalmöten och detta har ökat vaksamheten och rapporteringen av potentiella risker och uppkomna avvikelser.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Under 2019 har 7 avvikelser rapporterats. Vi har även registrerat en Lex Maria anmälan. De avvikelser som rapporterats har varit: 4 med risk för värdskada om dessa inte uppmärksammas och 3 avvikelser i form av fördröjd remisshantering. Samtliga har behandlats under personalmöten och åtgärder vidtagits med förändringar av processer då detta varit aktuellt. Sju patienter har under året anmält synpunkter på given vård till patientnämnden förvaltning.

Rapportering sker månatligen till Landstingets gemensamma vårdregister (GVR) och regelbundet till landstingets centrala väntetidsregister (CVR)

Samverkan för att förebygga värdsador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Vi har en nära och personlig kontakt med våra remittenter, som till största delen utgörs av primärvården men vi har också en nära och personlig kontakt med de medicinska serviceenheter som vi anlitar som röntgenavdelningar och laboratorium. Vi har även nära och tät kontakt med flera kirurgiska kliniker där man snabbt kan handlägga fall som patienter som fått en cancerdiagnos. Vi arbetar enligt standardiserade vårdförlopp (SVF) när det gäller hantering av patienter med misstänkt eller konstaterad cancersjukdom.

Vid väntetider in till oss längre än 3 månader kontaktas remittenten och patienten. Remissvar utgår samma dag som mottagningsbesöket. Om vävnads biopsier tagits och klinisk misstanke om tumörsjukdom uppstått begärs snabbt svar på PAD (mikroskopisk analys av vävnadsprover) och direktkontakt tas med klinik som kan handlägga ärendet snabbt och med bästa kvalitet. I övrigt ges besked när PAD-svar anlånt till kliniken, antingen genom direktkontakt med patienten eller via inremitterande läkare via t.ex. vårdcentral.

Vid beslut om dagkirurgisk operation sker operationen av samma kirurg som patienten träffat på mottagningen. Patienten får erbjudande om datum för operationstid vid första besöket på mottagningen. Detta är mycket uppskattat och bidrar till patientsäkerheten.

Vi behov samverkar SSK AB med t.ex. medicinteknisk avdelning på Stockholm heart center universitetssjukhuset, Solna, smittskyddsinstitutet, hygienläkare etc. I samråd med tillverkaren görs också regelbundna kontroller av apparatur i enlighet med tillverkarens rekommendationer.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Genom det systematiska kvalitetssäkringsarbetet och avvikelserapporteringen kan riskanalyser genomföras. För viss utsatt verksamhet som kliniken är delaktig i t.ex. öron-, näs- och halskirurgi på barn har särskild risk analys genomförts.

Risk- och säkerhetsanalys genomförs:

1. Fortlöpande inom befintlig verksamhet:

- Med hjälp av avvikelserapportering och genomgång av detta på de personalmöten
- När allvarliga avvikelser är identifierade och upprepning ska förhindras.
- När risker är identifierade.

2. Alltid när ny verksamhet planeras eller när betydande förändring av befintlig verksamhet skall genomföras:

1. · Identifiera säkerhetsrisker (vad kan inträffa?).
2. · Bedöm säkerhetsrisker (hur stor sannolikhet, hur allvarlig).
3. · Skapa säkerhetsbarriärer (vilka åtgärder kan förhindra risker?).
4. · Fastställ beredskap (finns adekvat beredskap som kan förhindra risker?).
5. · Erfarenhetsåterföring av punkterna 1-4.

Om en icke önskvärd händelse inträffar trots genomförd säkerhetsanalys skall denna erfarenhet tillvaratas och ge upphov till förnyad säkerhetsanalys där reviderade o/e nya säkerhetsbarriärer utarbetas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten

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

Avvikelseapporteringen är en viktig del i säkerhetsarbetet. Avvikelseapporteringen behandlas i första instans av verksamhetschefen som har till uppgift att analysera avvikelser i samråd med samtliga inblandade personer och i samråd vidta lämpliga åtgärder. Avvikelseapporterna avhandlas också kontinuerligt på regelbundna, protokollförda personalmöten. Avvikelseapporterna samlas i en pärm och

sammanställs årligen för att få en klar och systematisk sammanställning över de händelser som uppstått under året.

Kliniken har upprättat ett system för så kallad "Whistleblowing", som ger medarbetarna möjlighet till anonym rapportering av eventuella icke tillfredställande förhållanden av olika slag inom verksamheten. Detta är ett komplement till befintliga rapporteringskanaler inom kliniken. Här beaktas upplevda missförhållande rörande mänskliga rättigheter, särbehandling, trakasserier, arbetsmiljö och miljö. Rapporteringen sker via praktikertjänsts centrala whistleblowingsystem.

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Patienten och närstående har möjlighet att muntligen eller skriftligen delge konstruktiva synpunkter på bemötande och vårdens genomförande. Vid eventuella klagomål från patienter, anhöriga eller remittenter tar platschef eller verksamhetschefen kontakt med patienten eller närstående för att inhämta synpunkter. Kontakt tas även med den eller de personer i personalen som varit inblandade och samtal eller skriftlig rapport genomförs. Därefter sker diskussion om möjliga lösningar och förändringar. Patienten erbjuds ny eller ytterligare kontakt i ärendet om så önskas och uppmanas och ges möjlighet att återkomma i ärendet i framtiden. Klagomål dokumenteras särskilt. De synpunkter som rör patientens direkta vård dokumenteras även i patientens journal.

Klagomål, synpunkter och avvikelser från inremitterande, remissinstanser, uppdragsgivare, leverantörer, hyresvärd och parter för samverkan hanteras enligt samma rutiner som patienter, anhöriga, personal etc.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna erhåller förutom muntlig information även skriftlig information om våra utredningar och behandlingar och om de vanligaste diagnoserna. En del av vår skriftliga information finns att läsa, ladda ner eller skriva ut via vår hemsida på internet.

Patienten och närstående har möjlighet att muntligen eller skriftligen delge konstruktiva synpunkter på bemötande och vårdens genomförande. Vid eventuella klagomål från patienter, anhöriga eller remittenter tar platschef eller verksamhetschefen kontakt med patienten eller närstående för att inhämta synpunkter. Kontakt tas även med den eller de personer i personalen som varit inblandade och samtal eller skriftlig rapport genomförs. Därefter sker diskussion om möjliga lösningar och förändringar. Patienten erbjuds ny eller ytterligare kontakt i ärendet om så önskas och uppmanas och ges möjlighet att återkomma i ärendet i framtiden. Klagomål dokumenteras särskilt. De synpunkter som rör patientens direkta vård dokumenteras även i patientens journal.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Väntetiden från det att remiss kommit till kliniken var i medeltal 20 dagar, 80 % kom på besök inom 1 månad, 20 % inom 1-3 månader.

Remissvar har i regel utgått samma dag som mottagningsbesöket.

Under 2019 har 7 avvikelser rapporterats Vi har även registrerat en Lex Maria anmälan. De avvikelser som rapporterats har varit: 4 med risk för vårdskada om dessa inte uppmärksammats och 3 avvikelser i form av fördröjd remisshantering. Samtliga har behandlats under personalmöten och åtgärder vidtagits med förändringar av processer då detta varit aktuellt. Sju patienter har under året anmält synpunkter på given vård till patientnämnden.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Vår strategi under kommande år är att växa organiskt inom våra specialistområden, då särskilt endoskopi och gastroenterologisk öppenvård. Våra avtal inom dessa discipliner sträcker sig flera år framåt och möjliggör denna utveckling.

Under december 2019 sålde PTJ Proliva B till Aleris AB som nyligen förvärvats av Triton AB med målet att skapa en stor plattform för specialistsjukvård. Detta köp kommer att slutföra efter det att konkurrensverkets gjort sin bedömning av affären, preliminärt är detta klart i april 2020. Denna försäljning kan potentiell påverka vår verksamhet, t.ex. genom integrering av vår endoskopiverksamhet med den endoskopiverksamhet som idag bedrivs inom Aleris AB.

SSK AB utgår från Socialstyrelsens begrepp om "God vård" som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårds processer (de sex områdena): Kunskaps och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Verksamheten ska upprätthålla högsta möjliga säkerhet i vården, följa lagar och bestämmelser samt snabbt fånga upp och åtgärda eventuella avvikelser enligt gällande föreskrifter. I det strategiska arbetet ska ingå att noggrant analysera det gångna årets arbete, speciellt vad avser inlämnade avvikelserapporter, patientnöjdhetenkäter och remittentnöjdhetenkäter. Kontinuerlig kunskaps uppdatering genom intern och extern utbildning ingår också i strategin för framtiden.

Frisk människa, medborgare, vårdgivare, beställare och myndighet har många krav, mål och önskningar om vad vården ska ge, men att för den som blir sjuk finns i första hand bara en primär önskan.

En grundprincip för all vård som ges är att patienten inte ska komma till skada, vi ska om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta (Hippokrates 400 f Kr). Den komplexa sjukvården är idag liksom omvärlden dock riskfylld, människor som utövar sjukvård kan göra fel och begå misstag. Det är därför viktigt att det finns system och rutiner så att fel och brister inte leder till att patienter skadas.

Kommande mål är att fortsätta mäta och sträva mot nolltolerans mot vårdskador, komplikationer, postoperativa infektioner, ärenden enligt Lex Maria, anmälningar i patientnämnd och Inspektionen för vård och omsorg. Att hålla väntetider, avvikelser och klagomål på en rimlig nivå.

Receptet för detta är att driva en dynamisk och flexibel entreprenörsdriven verksamhet med korta beslutsvägar, transparens och tydlig ansvarsstruktur. Att verka som helägt dotterbolag inom Praktikertjänstkoncernen ger oss samtidigt tillgång till en stor, samlad kompetens som kan ge oss stöd att leva upp till omvärldens krav inom kvalitet och patientsäkerhet.

Per Johan Lindfors
VD, Verksamhetschef
Gastroenterolog

