# Bilaga 1. Redovisning av kvalitetsindikatorer 2025

Innehåll

Sjukhusgemensamma kvalitetsindikatorer....2
Vårdrelaterade infektioner....2
Anmälningspliktiga resistenta bakterier....3
Akuta återinskrivningar....4
Akut omhändertagande: Vistelsetid på ögonakuten....5
Omvårdnad/säker vård: Fall....9
Omvårdnad/säker vård: Trycksår....10
Sjukhusspecifika kvalitetsindikatorer....11
Makuladegeneration....11
Kataraktkirurgi....13
Postoperativ infektion – endoftalmit....14
Korrekt läkemedelsjournal till barn som opereras på Astrid Lindgrens barnsjukhus....15
Sammanfattande bedömning av kvalitetsresultatet....16

# Sjukhusgemensamma kvalitetsindikatorer

## Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är en prioriterad patientsäkerhetsindikator och följs systematiskt inom verksamheten. Förekomsten av VRI påverkar både vårdkvalitet och resursanvändning, och arbetet med förebyggande åtgärder utgör en central del av sjukhusets hygien- och smittskyddsarbete.

**Indikator**

Infektion som bedöms som vårdrelaterad och där patienten sätts in på antibiotika vid inskrivning eller under pågående vårdtillfälle.

**Mål**

Att upprätthålla en mycket låg förekomst av vårdrelaterade infektioner i linje med regionens fastställda målnivå.

**Resultat**

Under 2025 har incidensmätningen av vårdrelaterade infektioner följts månadsvis. Inga patienter vid S:t Eriks Ögonsjukhus identifierades som insatta på antibiotika till följd av en vårdrelaterad infektion vid inskrivning eller under pågående vårdtillfälle. Resultatet visar att förekomsten av vårdrelaterade infektioner fortsatt är mycket låg och ligger tydligt under regionens fastställda målnivå. Som framgår av tabellen nedan har andelen vårdrelaterade infektioner varit noll procent under samtliga redovisade år.

*Tabell 1. Tabellen visar andel vårdrelaterade infektioner på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2020–2025.*

| Vårdrelaterad infektion | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Infektion som bedöms som vårdrelaterad och där patienten sätts in på antibiotika vid inskrivning eller under pågående vårdtillfälle, andel, procent (%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Analys**

Målet att upprätthålla en mycket låg förekomst av vårdrelaterade infektioner är uppfyllt. Att inga fall registrerades under året tyder på att de förebyggande rutinerna, arbetssätten och följsamheten till basala hygienrutiner fungerar väl inom verksamheten.

Det är samtidigt viktigt att beakta att låga absoluta tal och verksamhetens inriktning påverkar utfallet. Kontinuerlig granskning och validering av datakällor genomförs därför för att säkerställa korrekt och fullständig rapportering.

**Vidmakthållande och kvalitetssäkring av vårdrelaterade infektioner**

S:t Erik bedriver ett systematiskt och förebyggande arbete för att långsiktigt upprätthålla en mycket låg förekomst av vårdrelaterade infektioner. Fokus ligger på att vidmakthålla fungerande arbetssätt, säkerställa hög följsamhet till rutiner samt kontinuerligt kvalitetssäkra uppföljningen.

- kontinuerlig uppföljning och validering av förekomst av vårdrelaterade infektioner
- regelbunden analys och återkoppling av resultat i relevanta forum
- bibehållet strukturerat och verksamhetsövergripande hygien- och smittskyddsarbete
- fortlöpande utbildning och uppföljning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Arbetet syftar till att säkerställa att den höga patientsäkerhetsnivån bibehålls över tid.

## Anmälningspliktiga resistenta bakterier

Screeningodlingar vid inskrivning till slutenvården är en central del i det förebyggande arbetet för att minska risken för smittspridning av anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). Patienter med riskfaktorer — såsom infarter, kroniska sår eller nylig vårdkontakt i utlandet — ska, enligt gällande vårdprogram, odlas avseende ARB.

**Indikator**

Andel patienter med identifierade riskfaktorer som riskbedöms och hanteras korrekt enligt Smittskydd Stockholms handlingsprogram, inklusive korrekt genomförd screeningodling avseende MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba vid inskrivning i slutenvården.

**Mål**

Att patienter med risk för anmälningspliktiga resistenta bakterier (MRSA, VRE, ESBL, ESBLcarba) ska hanteras korrekt i enlighet med gällande vårdprogram. Enligt Smittskydd Stockholm ska minst 80 procent av patienterna med riskfaktorer för MRSA vara korrekt intagningsodlade i samband med inläggning i slutenvården.

**Resultat**

Uppföljningen för 2025 visar en fortsatt hög efterlevnad av gällande vårdprogram för patienter med risk för antibiotikaresistenta bakterier (ARB). Jämfört med 2024 ses förbättringar inom flera delområden.

För patienter med risk för MRSA ökade följsamheten från 83 procent 2024 till 89 procent 2025, vilket överstiger den fastställda målnivån om minst 80 procent.

För patienter med risk för VRE nåddes 100 procent korrekt hantering 2025, vilket innebär en tydlig förbättring jämfört med föregående år.

Även för patienter med risk för ESBL kvarstår en hög följsamhet. År 2025 uppgick andelen korrekt hanterade till 94 procent, vilket ligger i nivå med 2024 års resultat (95 procent).

För ESBLcarba uppnåddes 100 procent korrekt hantering 2025, en ökning från 88 procent 2024.

Sammantaget visar årets resultat att S:t Eriks Ögonsjukhus har stärkt följsamheten till vårdprogrammen och att flera förbättringsområden från föregående år har åtgärdats med gott resultat.

Korrekt hanterade enligt gällande vårdprogram för MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba

*Tabell 1. Tabellen visar korrekt hanterade enligt vårdprogram för MRSA, VRE, ESBL och ESBLcarba. Tabellen visar fördelning över 2024 och 2025 samt över kvinnor respektive män.*

| **ARB** | **2025 Totalt** | 2025 K | 2025 M | **2024 Totalt** | 2024 K | 2024 M |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MRSA | 89 | 84 | 90 | 83 | 83 | 83 |
| VRE | 100 | 100 | 100 | 86 | 50 | 100 |
| ESBL | 94 | 80 | 100 | 95 | 100 | 92 |
| ESBLcarba | 100 | 100 | 100 | 88 | 100 | 83 |

**Analys**

Resultaten visar att följsamheten till handlingsprogrammet för anmälningspliktiga resistenta bakterier har förbättrats jämfört med föregående år.

Detta indikerar att genomförda rutiner och utbildningsinsatser har haft avsedd effekt. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt fokus på korrekt och enhetlig riskbedömning vid inskrivning, i syfte att säkerställa tidig upptäckt och förebygga smittspridning.

**Åtgärder**

För att vidmakthålla och ytterligare stärka korrekt hantering av patienter med risk för anmälningspliktiga resistenta bakterier arbetar S:t Erik med att:

- säkerställa att riskbedömningar genomförs vid inskrivning enligt Region Stockholms handlingsprogram för MRSA, VRE, ESBLcarba och ESBL (SMST 2305–0038)
- genomföra screeningodlingar i enlighet med handlingsprogrammet för patienter med relevanta riskfaktorer
- förbättra dokumentationen i samband med riskbedömning och odlingsbeslut
- stärka kunskapen hos medarbetare genom riktad information och återkommande utbildningsinsatser
- analysera och återföra resultat till berörda enheter för att möjliggöra lärande och förbättring
- identifiera eventuella avvikelser och vidta korrigerande åtgärder i samarbete med vårdhygien

Dessa insatser syftar till att säkerställa att patienterna hanteras i enlighet med gällande riktlinjer och att risken för smittspridning minimeras.

**Uppföljning**

Uppföljning av följsamheten sker månadsvis genom datauttag i QlikView samt genom journalgranskning. Resultaten presenteras löpande för ledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna. Detta möjliggör tidig identifiering av förbättringsbehov och säkerställer att åtgärder integreras i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetet med ARB och dess utfall följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

## Akuta återinskrivningar

Akuta återinskrivningar utgör en viktig indikator på vårdens kontinuitet, kvalitet och förmåga att säkerställa ett tryggt omhändertagande efter utskrivning från slutenvården. Äldre patienter, särskilt de över 80 år, är ofta mer sårbara för komplikationer och försämrat allmäntillstånd efter ett vårdtillfälle.

Därför är uppföljning av återinskrivningar inom denna patientgrupp ett betydelsefullt mått på hur väl vårdövergångar, uppföljning och stödinsatser fungerar. En låg återinskrivningsfrekvens kan indikera god vårdplanering, adekvata insatser före utskrivning och väl fungerande postoperativa rutiner.

**Indikator**

Andel patienter 80 år eller äldre som akut återinskrivs inom sju dagar, oavsett diagnos, efter utskrivning från slutenvården.

**Mål**

Förekomsten av akuta återinskrivningar inom sju dagar för patienter ≥80 år ska hållas på en fortsatt låg nivå, i linje med regionens fastställda målnivå om högst 5,1 procent.

**Resultat**

Andelen akuta återinskrivningar inom sju dagar bland patienter 80 år och äldre uppgick år 2025 till två procent. Utfallet ligger tydligt under regionens målnivå och i nivå med tidigare årsresultat. Trots vissa årliga variationer är återinskrivningsfrekvensen fortsatt låg i denna patientgrupp, vilket indikerar en stabil och god kvalitet i den perioperativa och postoperativa vården.

*Tabell 2. Tabellen visar andel akuta återinskrivningar inom 7 dagar ≥80 år på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2021–2025.*

| Akuta återinskrivningar inom 7 dagar ≥80 år | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| Andelen akuta återinskrivningar inom 7 dagar ≥80 år, procent (%) | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |

**Analys**

Målet att hålla andelen akuta återinskrivningar inom sju dagar för patienter ≥80 år på en låg nivå har uppfyllts. Nivån har legat stabilt lågt de senaste åren, vilket tyder på att sjukhusets rutiner för utskrivningsplanering, överrapportering och uppföljning fungerar väl. Resultaten indikerar att vidtagna åtgärder bidrar till en trygg övergång från slutenvård till hemmet och minskar risken för tidiga återinskrivningar.

**Åtgärder**

För att bibehålla en låg nivå av akuta återinskrivningar inom sju dagar för patienter ≥80 år arbetar S:t Erik med att:

- Säkerställa en strukturerad utskrivningsprocess, inklusive tydlig planering och information till patient och närstående
- Förbättra överrapportering till primärvård, kommunal vård och andra vårdgivare, för att skapa en trygg och sammanhållen vårdövergång
- Förbättra dokumentationen av utskrivningsorsak, åtgärder och rekommendationer för att underlätta korrekt fortsatt vård

Dessa insatser syftar till att stärka patientsäkerheten, förbättra vårdövergångarna och minska risken för tidiga återinskrivningar i slutenvård.

**Uppföljning**

Resultaten följs upp och presenteras månadsvis för sjukhusledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna som en del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Utfallet följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

## Akut omhändertagande: Vistelsetid på ögonakuten

Många patienter upplever att den totala vistelsetiden på akutmottagningen är lång. Denna, ur patientens synvinkel, totala vistelsetid räknas från ankomsten till akutmottagningen till avslut av besöket på akutmottagningen. Det gäller oavsett om besöket har innefattat flera enheter eller specialiteter. Dock inrymmer den totala vistelsetiden inte bara traditionell ”väntetid”, utan även ledtider som i många fall inte fullt ut kan påverkas av akutmottagningen.

Den totala vistelsetiden är samtidigt en viktig indikator för patientupplevelse, tillgänglighet och flödeseffektivitet, särskilt vid perioder av hög belastning.

**Indikator**

Vistelsetid på ögonakuten:

Andel patienter med total vistelsetid ≤ 4 timmar

Andel patienter 80 år eller äldre med total vistelsetid ≤ 8 timmar

**Resultat**

Andelen patienter som hade en vistelsetid på mindre än fyra timmar på ögonakuten uppgick år 2025 till 84 procent. Utfallet ligger tydligt över regionens fastställda målnivå om minst 55 procent, även om en minskning kan noteras jämfört med tidigare år. Sammantaget får majoriteten av patienterna fortsatt ett snabbt omhändertagande, men utvecklingen indikerar ett ökat vårdtryck och behov av fortsatt fokus på flödesarbete.

*Tabell 3. Tabellen visar vistelsetid ≤4 timmar på ögonakuten på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2021-2025.*

| **Vistelsetid ≤4 timmar på ögonakuten** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
|---|---|---|---|---|---|
| Andel patienter med vistelsetid ≤4 timmar, procent (%) | 95 | 85 | 88 | 87 | 84 |

För patienter 80 år och äldre var resultatet fortsatt mycket gott. Under perioden 2021–2025 hade 100 procent av patienterna i denna åldersgrupp en vistelsetid under åtta timmar, vilket innebär att regionens målnivå om minst 90 procent uppfylldes med god marginal även under 2025.

*Tabell 4. Tabellen visar vistelsetid ≤8 timmar på ögonakuten för patienter ≥80 år på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2021-2025.*

| **Vistelsetid ≤8 timmar på ögonakuten för patienter ≥80 år** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
|---|---|---|---|---|---|
| Andelen patienter ≥80 år där vistelsetiden är ≤8 timmar, procent (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Analys**

Den nedåtgående trenden i andelen patienter med en vistelsetid under fyra timmar indikerar ett ökat vårdtryck och en mer komplex patientbild. Variationer i patientinflöde, bemanningsutmaningar samt en ökad andel patienter som kräver utökad diagnostik och behandling påverkar ledtiderna. Trots detta uppfylls regionens målnivå med god marginal.

Handläggningen av patienter 80 år och äldre har samtidigt upprätthållits på en mycket hög och stabil nivå. Att samtliga patienter i denna åldersgrupp under 2025 hanterades inom åtta timmar visar att prioriteringen av sköra patienter fungerar väl ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Resultatet speglar en robust struktur för prioritering, även vid perioder av ökad belastning.

Utfallet följs kontinuerligt för att säkerställa att den höga måluppfyllelsen bibehålls och för att tidigt identifiera eventuella risker kopplade till ökade ledtider. Sammantaget visar resultaten att nuvarande arbetssätt är stabila, samtidigt som fortsatt förbättringsarbete krävs för att långsiktigt möta ökande belastning och stärka flödeseffektiviteten.

**Åtgärder**

Fortsatt arbete med flödesoptimering, inklusive kartläggning av moment som står för de längsta ledtiderna samt analys av vilka som kan påverkas genom interna förbättringar.

- Utökad användning av triagering och snabbspår för vanliga tillstånd där enklare handläggning kan reducera väntetider.
- Bemanningsplanering med fokus på högbelastningsperioder, inklusive flexibilitet att förstärka med personal vid behov.
- Patientcentrerad information om förväntade ledtider, för att minska upplevelsen av ”onödig väntan” och öka transparens kring processen.
- Fortsatt prioritering av patienter ≥80 år med bibehållet fokus på att säkerställa att denna grupp alltid handläggs inom trygg och rimlig tidsram.

**Uppföljning**

Resultaten följs upp och presenteras månadsvis för sjukhusledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna som en del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Utfallet följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

### *Akut omhändertagande: Medianväntetid till första läkarbedömning*

Åtgärder för att minska belastningen på akutmottagningen är angelägna ur patientsäkerhets- och arbetsmiljösynvinkel samt för att säkerställa medicinsk och patientupplevd kvalitet. Vistelsetiden beror i sin tur på hur tidseffektiv handläggningen är och hur avflödet från akutmottagningen fungerar. Att förkorta tiden till första läkarbedömning bidrar till att minska den totala vistelsetiden vid en akutmottagning och är en central faktor för ett effektivt och patientsäkert vårdflöde.

**Indikator**

Medianväntetid från ankomst till ögonakuten till första läkarbedömning, totalt samt uppdelat på kön och för patienter 80 år eller äldre.

**Mål**

- Att minska medianväntetiden till första läkarbedömning i syfte att korta den totala vistelsetiden och stärka både medicinsk säkerhet och patientupplevd kvalitet.
- Att säkerställa skyndsam bedömning av patienter ≥80 år, som utgör en särskilt utsatt grupp.
- Målnivån för medianväntetid till första läkarbedömning är enligt regionens styrning högst 50 minuter.

**Resultat**

Medianväntetiden till första läkarbedömning på ögonakuten förbättrades tydligt under 2025 jämfört med 2024. För samtliga patienter minskade väntetiden från 82 minuter år 2024 till 46 minuter år 2025, vilket innebär att regionens målnivå uppnåddes.

Förbättringen ses i både kvinnliga och manliga patientgrupper. För kvinnor minskade medianväntetiden från 89 till 48 minuter, och för män från 75 till 43 minuter. Samtidigt ökade antalet patienter tydligt mellan 2024 och 2025, vilket visar att förbättrade ledtider har uppnåtts trots ett ökat vårdtryck.

### *Medianväntetid till första läkarbesöket, samtliga*

*Tabell 5. Tabellen visar medianväntetid till första läkarbesöket på ögonakutmottagningen på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2024–2025.*

| Grupp | 2024 (min) | 2025 (min) | 2024 (n) | 2025 (n) |
|---|---|---|---|---|
| Totalt | 82 | 46 | 26 744 | 29 694 |
| Kvinna | 89 | 48 | 14 275 | 15 838 |
| Man | 75 | 43 | 12 469 | 13 856 |

För patienter 80 år och äldre förbättrades medianväntetiden från 71 minuter år 2024 till 45 minuter år 2025, vilket tydligt ligger under regionens målnivå. Förbättringen ses i både kvinnliga och manliga patientgrupper och indikerar att prioriteringen av de mest sårbara patienterna fungerar väl.

### *Medianväntetid till första läkarbesöket, ≥80 år*

*Tabell 6. Tabellen visar medianväntetid till första läkarbesöket för patienter ≥80 år på ögonakutmottagningen på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2024–2025.*

| Grupp | 2024 (min) | 2025 (min) | 2024 (n) | 2025 (n) |
|---|---|---|---|---|
| Totalt | 71 | 45 | 2 120 | 2 634 |
| Kvinna | 75 | 45 | 1 337 | 1 659 |
| Man | 63 | 44 | 783 | 975 |

**Analys**

Väntetiden till första läkarbedömning är en central patientsäkerhetsindikator inom ögonsjukvården, då många patienter söker med akuta symtom där fördröjd bedömning kan innebära risk för synförlust. Resultatet för 2025 visar en tydlig förbättring jämfört med föregående år och att regionens målnivå har uppnåtts trots ett kraftigt ökat patientinflöde.

Att medianväntetiden för patienter ≥80 år är kortare än för den totala patientgruppen visar att prioriteringsrutiner och flöden för äldre patienter är ändamålsenliga. Denna grupp är ofta mer sårbar och har ett större behov av snabb medicinsk bedömning, vilket gör utfallet särskilt positivt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Skillnader i väntetid mellan kvinnor och män kan bero på variationer i symtombild, anamnes och handläggningsbehov, men kommer fortsatt att följas upp för att säkerställa jämlik vård och identifiera eventuella processrelaterade förbättringsområden.

Den övergripande variationen i väntetider påverkas av flera faktorer, bland annat:

- Hög patientvolym, särskilt under vissa tider på dygnet
- Tillgång till personal och undersökningsrum
- Samtidiga moment som måste genomföras innan läkarbedömning
- Variationer i inflöde av patienter som kräver omedelbar prioritering

**Åtgärder**

- Fortsatt utveckling av triage- och prioriteringsprocesser med fokus på tidig identifiering av patienter med risk för försämrad syn.
- Etablering och vidareutveckling av snabbspår för vanliga, mindre omfattande akuttillstånd.
- Förstärkning av bemanning under högbelastningstider samt ökad flexibilitet i schemaläggning.
- Optimering av interna överlämningsrutiner för att minska ledtider mellan triage, undersökning och första läkarbedömning.
- Riktad uppföljning av könsskillnader i väntetid ur ett jämlikhetsperspektiv.

För patienter ≥80 år bedöms inga ytterligare åtgärder nödvändiga utöver fortsatt uppföljning och bibehållet prioriteringsfokus.

**Uppföljning**

Resultaten följs upp och presenteras månadsvis för sjukhusledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna som en del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Utfallet följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

## Omvårdnad/säker vård: Fall

Det fallpreventiva arbetet på S:t Erik är av central betydelse för att upprätthålla en hög patientsäkerhet och skapa en trygg vårdmiljö. Fall inom vården utgör en välkänd risk för allvarliga skador, och systematiska förebyggande insatser är därför avgörande. Inom ögonsjukvården finns dessutom särskilda risker kopplade till nedsatt syn och orienteringssvårigheter, vilket ytterligare betonar vikten av ett strukturerat arbetssätt.

**Indikator**

Andel patienter som faller under vårdtiden, med eller utan skada, inom slutenvården. Samtliga patienter ska riskbedömas avseende fall, och eventuella fall ska dokumenteras i sjuksköterskans slutanteckning i enlighet med gällande rutiner.

**Mål**

- Fall under aktuellt vårdtillfälle ska dokumenteras i sjuksköterskans slutanteckning.
- Målet är att minimera fall under vårdtiden och därmed stärka patientsäkerheten genom systematiskt fallpreventivt arbete.

**Resultat**

Under 2025 bedömdes totalt 1 346 patienter för fallrisk. Ingen patient föll under vårdtiden, vilket motsvarar 0 procent fallfrekvens totalt samt för både kvinnor och män. Detta innebär en förbättring jämfört med 2024 då fallfrekvensen var 0,3 procent totalt, med något högre andel bland kvinnor (0,4 procent) än män (0,1 procent).

Det goda utfallet 2025 indikerar att rutinerna för riskbedömning, miljöanpassning och omvårdnadsinsatser tillämpas med god följsamhet. Den fortsatta låga förekomsten av fall är särskilt viktig i en patientgrupp där synnedsättning, undersökningsrelaterad desorientering och vissa läkemedelseffekter kan öka risken för fall.

**Andel patienter som faller under vårdtid – med eller utan skada**

*Tabell 7. Tabellen visar andel patienter som faller under vårdtiden på vårdavdelningen på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2024–2025.*

| År | Totalt antal patienter bedömda för fall (n) | K (n) | M (n) | Fall totalt (%) | K (%) | M (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 1 346 | 591 | 755 | 0 | 0 | 0 |
| 2024 | 1 192 | 491 | 701 | 0,3 | 0,4 | 0,1 |

**Analys**

Fall är en av de mest betydande och välkända patientsäkerhetsriskerna inom slutenvården. Att inga fall inträffade på S:t Erik under 2025 är mycket positivt och speglar ett systematiskt och välfungerande preventionsarbete. Utfallet innebär dock inte att risken är eliminerad. Patienter inom ögonsjukvården är ofta särskilt utsatta på grund av nedsatt synfunktion, svårigheter att orientera sig efter undersökningar och potentiell påverkan av läkemedel.

De mindre könsskillnader som noterades 2024 (högre andel fall bland kvinnor) är små men bör följas över tid för att upptäcka eventuella mönster. Fortsatt noggrann dokumentation och analys är därför viktig för att tidigt identifiera riskområden och bibehålla det positiva trendresultatet.

Att 2025 uppvisar noll procent fall indikerar god följsamhet till fastställda rutiner och en hög medvetenhet hos personalen. För att upprätthålla denna nivå krävs fortsatt systematik, utbildning och återkoppling i verksamheten. Resultatet följs därför kontinuerligt upp, då även enstaka fall kan innebära betydande risk för vårdskada i denna patientgrupp.

**Vidmakthållande och kvalitetssäkring av fallpreventivt arbete**

För att bibehålla nollförekomst av fall och säkerställa fortsatt hög patientsäkerhet bedrivs ett systematiskt och förebyggande fallpreventivt arbete.

Åtgärderna syftar till att säkerställa att den goda nivån bibehålls även vid förändringar i patientmix, vårdtyngd och bemanning.

- Månatlig återkoppling till ansvariga chefer avseende genomförda fallriskbedömningar och eventuella fallhändelser.
- Löpande rapportering av resultat och avvikelser till sjukhusledning och berörda enheter.
- Enhetschefer säkerställer återkoppling till medarbetare på arbetsplatsträffar, inklusive uppföljning av avvikelser, följsamhet och förbättringsområden.
- Kontinuerlig säkerställning av fallpreventiva åtgärder, såsom korrekt riskbedömning, anpassad vårdmiljö, tydlig patientinformation och stöd vid förflyttningar.
- Särskilt fokus på patienter med synnedsättning eller andra riskfaktorer, med individuellt anpassade omvårdnadsinsatser.
- Fortlöpande utbildning i fallrisker och fallprevention för både ny och befintlig personal.

**Uppföljning**

Resultaten följs upp och presenteras månadsvis för sjukhusledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna som en del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Utfallet följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

## Omvårdnad/säker vård: Trycksår

Att förebygga trycksår är en grundläggande del av god omvårdnadskvalitet och en viktig komponent i S:t Erik patientsäkerhetsarbete. Trycksår betraktas som en undvikbar vårdskada och kan leda till betydande smärta, försämrat allmäntillstånd och förlängd vårdtid. Genom systematiska insatser som strukturerad riskbedömning, korrekt användning av tryckavlastande hjälpmedel, individuellt anpassade lägesändringar och noggrann dokumentation kan trycksår i hög grad förebyggas.
Inom ögonsjukvården, där många patienter är äldre eller har nedsatt allmäntillstånd, är ett välorganiserat trycksårspreventivt arbete av särskild betydelse för att upprätthålla hög patientsäkerhet.

**Indikator**

Andel patienter som utvecklar trycksår kategori 2–4 under vårdtiden inom slutenvården.
Samtliga patienter som vårdas 24 timmar eller längre ska riskbedömas avseende trycksår, och både risk samt vidtagna förebyggande åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen i enlighet med gällande rutiner.

**Mål**

- Minska förekomsten av förvärvade trycksår kategori 2–4.
- Säkerställa att samtliga patienter riskbedöms och erhåller trycksårspreventiva åtgärder vid behov genom systematiskt och strukturerat arbetssätt.

**Resultat**

Sedan januari 2025 mäts förekomsten av förvärvade trycksår månadsvis på slutenvårdsavdelningen. Under året bedömdes 1 345 patienter som vårdades 24 timmar eller längre avseende trycksår. Ingen patient utvecklade trycksår kategori 2–4 under vårdtiden, vilket motsvarar 0 procent förekomst totalt samt för både kvinnor och män.

Detta är oförändrat jämfört med 2024, då inte heller några trycksår kategori 2–4 rapporterades.

**Patienter med förvärvat trycksår kat. 2–4**

*Tabell 8. Tabellen visar antal patienter med förvärvat trycksår kategori 2-4 på vårdavdelningen vid S:t Eriks Ögonsjukhus.*

| År | Totalt antal patienter bedömda för trycksår (n) | K (n) | M (n) | Andel förvärvade trycksår kat. 2–4 (%) | K (%) | M (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 1 345 | 594 | 755 | 0 | 0 | 0 |
| 2024 | 1 192 | 491 | 701 | 0 | 0 | 0 |

**Analys**

Resultaten för 2025 visar att ingen patient utvecklade trycksår kategori 2–4 under vårdtiden, vilket innebär att målet är uppfyllt. Ett nollresultat indikerar god följsamhet till sjukhusets förebyggande rutiner samt hög uppmärksamhet hos personalen avseende riskfaktorer, dokumentation och tidigt insatta åtgärder.

Att trycksår inte förekommit under två efterföljande år är ett tecken på ett robust och välfungerande preventionsarbete. Utfallet innebär dock inte att risken är eliminerad. Patienternas hälsotillstånd kan förändras snabbt, särskilt vid nedsatt rörlighet, smärta, efter kirurgiska ingrepp eller vid längre vårdtid. Detta kräver kontinuerlig uppmärksamhet och bibehållen följsamhet till rutinerna för att säkerställa att inga trycksår uppstår framöver.

**Vidmakthållande och kvalitetssäkring av trycksårsprevention**

För att säkerställa fortsatt nollförekomst av trycksår kategori 2–4 fokuserar arbetet på att vidmakthålla följsamhet till etablerade rutiner och tidig riskidentifiering.

- Fortlöpande utbildning inom riskbedömning, trycksårsprevention och korrekt användning av tryckavlastande hjälpmedel.
- Regelbunden översyn av utrustning, såsom madrasser, kuddar och övriga hjälpmedel, för att säkerställa att rätt material finns tillgängligt.
- Individuellt anpassade lägesändringar och särskild observans för patienter med ökad risk, exempelvis nedsatt rörlighet eller nedsatt allmäntillstånd.
- Tydlig dokumentation av riskbedömningar, förebyggande åtgärder och patientens hudstatus i omvårdnadsjournalen.

**Uppföljning av kvalitetsindikatorerna**

Resultaten följs upp och presenteras månadsvis för sjukhusledningen, verksamhetsområdena och enhetscheferna som en del av det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet. Utfallet följs även upp inom ramen för regionens kvalitetsindikatorer.

Resultaten påverkas av verksamhetens storlek, patientmix och i vissa fall låga absoluta tal. Utfallet ska därför tolkas i relation till verksamhetens inriktning och följas över tid för att identifiera hållbara trender snarare än enskilda variationer.

# Sjukhusspecifika kvalitetsindikatorer

## Makuladegeneration

Tidigt omhändertagande av patienter med misstänkt våt makuladegeneration är avgörande för att bevara synfunktion och minskar risken för permanent synnedsättning. Fördröjd bedömning och behandlingsstart kan få betydande konsekvenser för både behandlingsresultat och patientens livskvalitet. Tillgänglighet till snabb bedömning och behandling är därför en central kvalitets- och patientsäkerhetsindikator inom makulavården vid S:t Erik.

**Indikator**

Andel patienter med misstänkt våt makuladegeneration som får tid för första besök inom 14 dagar från remiss.

**Mål**

Patienter med våt makuladegeneration bör erbjudas bedömning och behandlingsstart inom 14 dagar från remiss. Tidigt insatt behandling är avgörande för att uppnå bästa möjliga synresultat och minska risken för permanent synnedsättning.

**Resultat**

Under 2025 fick 827 av totalt 1 092 nya patienter tid för första besök inom 14 dagar från remiss, vilket motsvarar 76 procent. Resultatet varierade mellan månaderna, med andelar mellan 51 och 89 procent. Under årets senare del uppnåddes generellt en högre måluppfyllelse, med som högst 89 procent i oktober. Sammantaget är resultatet för 2025 i nivå med 2024, då andelen patienter som fick tid inom 14 dagar uppgick till 73 procent.

*Tabell 9. Andel patienter med våt makuladegeneration som fått tid inom 14 dagar till första besök på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2024–2025.*

| År | Antal nya patienter (n) | Antal med tid ≤14 dagar (n) | Täckningsgrad (%) |
|---|---|---|---|
| 2025 | 1 092 | 827 | 76 |
| 2024 | 955 | 697 | 73 |

**Analys**

Tillgänglighet för patienter med våt makuladegeneration är en central kvalitets- och patientsäkerhetsindikator, eftersom fördröjd bedömning och behandlingsstart kan få betydande konsekvenser för synförmågan. Resultatet för 2025 visar att S:t Erik, trots ett fortsatt högt inflöde av nya patienter, har kunnat upprätthålla en i huvudsak stabil tillgänglighet jämfört med föregående år.

Variationerna mellan månaderna speglar till stor del skillnader i remissinflöde, vårdtyngd och tillgänglig kapacitet. Den förbättrade måluppfyllelsen under delar av året indikerar att vidtagna åtgärder för planering och prioritering haft effekt. Samtidigt visar resultaten att tillgängligheten fortsatt är känslig för kapacitetsförändringar.

**Åtgärder**

För att förbättra och vidmakthålla tillgängligheten för patienter med våt makuladegeneration arbetar S:t Erik med att:

- Kontinuerligt följa upp väntetider för patienter på verksamhets- och ledningsnivå
- Prioritera patienter med misstänkt våt AMD i boknings- och planeringsprocessen
- Anpassa mottagningskapacitet utifrån inflöde och vårdbehov
- Säkerställa korrekt och fullständig registrering av patienter i Svenska makularegistret
- Använda registerdata som underlag för analys och förbättringsarbete

**Uppföljning**

Uppföljning av tillgänglighet för patienter med våt makuladegeneration sker månadsvis genom datauttag och analys. Resultaten redovisas för sjukhusledning och verksamhetsansvariga och utgör en integrerad del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

## Kataraktkirurgi

Att säkerställa en hög täckningsgrad i Nationella Kataraktregistret (NCR) är en central del av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet vid S:t Erik. Registret utgör ett viktigt verktyg för att kvalitetssäkra verksamheten, följa upp behandlingsresultat över tid och möjliggöra jämförelser såväl lokalt som nationellt. En hög registreringsgrad stärker förutsättningarna för att identifiera ovanliga utfall, utveckla vårdprocesser och säkerställa att den rutinmässiga kataraktkirurgin håller en hög och jämn kvalitet.

**Indikator**

Täckningsgrad av patienter som opererats för katarakt vid S:t Erik och som rapporteras till NCR. Indikatorn används för att säkerställa hög datakvalitet, möjliggöra uppföljning av resultat över tid samt stödja det kontinuerliga kvalitetsförbättringsarbetet inom kataraktkirurgin.

**Mål**

Samtliga kataraktoperationer som utförs vid S:t Erik ska rapporteras till NCR.

**Resultat**

Täckningsgraden för inrapportering av kataraktoperationer till NCR uppgick år 2024 till 90 procent och var oförändrad under 2025. Trots förbättrad stabilitet och minskade variationer mellan månaderna uppnås därmed inte sjukhusets mål om fullständig rapportering av samtliga kataraktoperationer, även om Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) mål om 90 procents täckning uppfylls.

Täckningsgrad av kataraktopererade patienter

*Tabell 10. Tabellen visar täckningsgrad för inrapportering av kataraktoperationer till NCR för S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2024–2025.*

| År | Operationer (n) | Rapporterade till NCR (n) | Täckningsgrad (%) |
|---|---|---|---|
| 2025 | 3 268 | 2 942 | 90 |
| 2024 | 3 398 | 3 042 | 90 |

Analys

Den totala täckningsgraden om 90 procent innebär att verksamheten uppfyller HSF:s krav och att rapporteringen till NCR är stabil över året. Samtidigt kvarstår ett gap till sjukhusets interna mål om fullständig rapportering, och tydliga variationer framgår mellan enskilda månader, där täckningsgraden varierar mellan 85 och 94 procent. Detta indikerar att rapporteringsprocessen är sårbar för faktorer såsom bemanning, arbetsbelastning och organisatoriska förutsättningar. Att flera månader uppvisar en täckningsgrad under årssnittet och att ingen månad når fullständig rapportering visar att målet om 100 procent täckning ännu inte är uppnått. Den kvarstående variationen understryker behovet av fortsatt systematiskt arbete för att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker till bortfall i rapporteringen.

**Åtgärder**

För att nå målet att samtliga kataraktoperationer som utförs vid S:t Erik rapporteras till NCR kommer följande åtgärder att genomföras under det kommande året:

- **Kvartalsvisa datagranskningar**
  Systematiska stickprov genomförs för att identifiera återkommande orsaker till bortfall i rapporteringen och säkerställa att rutinerna följs.
- **Utbildningsinsatser för ny och befintlig personal**
  Insatserna ska säkerställa att alla medarbetare i vårdprocessen har god kännedom om NCR:s betydelse och följer fastställda rapporteringsrutiner.
- **Fördjupad analys av månader med avvikande täckningsgrad**
  Analysen ska belysa eventuella mönster kopplade till bemanning, organisatoriska förändringar eller tekniska hinder och ligga till grund för eventuella korrigerande åtgärder.

**Uppföljning**

Täckningsgrad och rapporteringsföljsamhet följs kvartalsvis och diskuteras på sektions-, lednings- och verksamhetsnivå. Sektionsledaren ansvarar för analys av avvikelser samt för att nödvändiga åtgärder initieras och följs upp. Den strukturerade uppföljningen möjliggör tidig identifiering av riskområden och bidrar till att upprätthålla en hög och enhetlig rapporteringsgrad över tid.

## Postoperativ infektion – endoftalmit

Endoftalmit är en allvarlig postoperativ komplikation som kan leda till permanent synnedsättning eller blindhet om behandling inte initieras omedelbart. Ett välfungerande akutförlopp med tydliga rutiner för handläggning och kort tid till provtagning och behandling är därför avgörande för patientsäkerheten. Prognosen är starkt beroende av tid till korrekt insatt behandling. S:t Erik följer den nationella riktlinjen för bakteriell endoftalmit, där snabb intervention är en central prognostisk faktor.

Indikator

Andel patienter med misstänkt endoftalmit där provtagning och/eller intraokulär behandling initieras inom sex timmar från första läkarkontakt.

**Mål**

- Förekomsten av postoperativ endoftalmit ska vara låg.
- Provtagning och/eller behandling av misstänkt endoftalmit ska ske inom sex timmar från första läkarkontakt, i enlighet med nationella riktlinjer.
- Tidig behandling ska säkerställas för att förbättra prognosen och minska risken för bestående synnedsättning.

**Resultat**

Under 2025 fick samtliga patienter med misstänkt endoftalmit provtagning och/eller intraokulär behandling inom sex timmar, vilket motsvarar 100 procent följsamhet till indikatorn. S:t Erik har uppnått full måluppfyllelse även tidigare år, och övriga år under perioden visar genomgående mycket hög följsamhet.

*Tabell 11. Tabellen visar andel patienter med misstänkt endoftalmit där provtagning och/eller behandling skett <6 timmar på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2020–2025.*

| **Endoftalmit, provtagning och/eller behandling <6 timmar** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Andelen patienter där provtagning och/eller behandling med läkemedel intraokulärt har skett inom 6 timmar från första läkarkontakt, procent (%) | 88 | 100 | 93 | 95 | 100 | 100 |

**Analys**

Resultaten visar att handläggningen av misstänkt endoftalmit vid S:t Erik är effektiv, välorganiserad och följer gällande nationella rekommendationer. Den höga och stabila följsamheten över tid indikerar ett robust akutsystem med god kompetens, tydliga rutiner och ett välfungerande samarbete mellan akutmottagning, operationsverksamhet och jourlinjer.

Variationer mellan åren är begränsade och bedöms främst bero på skillnader i patientflöde och kliniska förutsättningar snarare än brister i rutiner. Utfallet visar att indikatorns målnivå har uppfyllts samtliga år under perioden.

Den stabila måluppfyllelsen är av stor betydelse, då tidig intervention är avgörande för att minska risken för permanent synförlust vid endoftalmit. Ett snabbt och samordnat förlopp bidrar till att stärka både behandlingsutfall och patientens trygghet.

**Vidmakthållande och kvalitetssäkring av akuta handläggningsrutiner**

För att säkerställa fortsatt hög och stabil följsamhet till nationella riktlinjer bedrivs ett fortlöpande arbete med uppföljning och kvalitetssäkring av handläggningen vid misstänkt endoftalmit.

- Löpande uppföljning av endoftalmitärenden för att identifiera eventuella mönster, riskfaktorer eller avvikelser
- Löpande rapportering av resultat till sjukhusledning och verksamhetsansvariga för att säkerställa transparens och fortsatt lärande
- Säkerställande av att akutrutiner och kompetens inom endoftalmitbehandling hålls aktuella och välkända av berörd personal

**Uppföljning**

Monitorering av data och tid till behandling fortsätter fortlöpande för att säkerställa att handläggningen även framöver sker inom målintervallet. Tidig intervention förblir en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att förebygga allvarliga vårdskador och bestående synnedsättning vid postoperativa infektioner.

## Korrekt läkemedelsjournal till barn som opereras på Astrid Lindgrens barnsjukhus

En korrekt och komplett läkemedelsjournal är en central del av en säker vårdprocess, särskilt inför kirurgi och behandlingar där förberedande läkemedel är nödvändiga. Inom barnsjukvården är noggrann läkemedelshantering särskilt betydelsefull eftersom felaktiga eller otydliga ordinationer kan leda till fördröjningar, ökad stress samt risk för vårdskada. För barn som opereras, undersöks eller behandlas på Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) av ögonläkare från S:t Erik är korrekt ordination av ögondroppar inför ingrepp en prioriterad del av det systematiska patientsäkerhets- och läkemedelsarbetet.

**Indikator**

Andel patienter som ska opereras, undersökas eller behandlas på ALB där ögondroppar är korrekt ordinerade i läkemedelsjournalen före ingreppet.

**Mål**

- Samtliga patienter ska ha korrekt ordinerade ögondroppar dokumenterade i läkemedelsjournalen inför operation, undersökning eller behandling.
- Ordinationsprocessen ska bidra till god arbetsmiljö, tydlig informationsöverföring och hög patientsäkerhet genom enhetliga och välkända rutiner.

**Resultat**

Under 2025 hade 97 procent av patienterna korrekt ordinerade ögondroppar inför ingrepp på ALB, vilket är en tydlig förbättring jämfört med 73 procent år 2024. För flickor ökade korrekt ordination från 40 procent till 96 procent och för pojkar från 34 procent till 97 procent. Samtliga patienter erhöll de läkemedel som krävdes för att genomföra operation, undersökning eller behandling på ett medicinskt säkert sätt.

Denna utveckling visar på ett markant förbättrat ordinationsflöde, stärkt följsamhet till rutinerna och en mer robust och likvärdig ordinationsprocess jämfört med föregående år.

**Korrekt läkemedelsjournal innan ögonundersökning eller ögonkirurgi vid Astrid Lindgrens barnsjukhus**

*Tabell 12. Tabellen visar korrekt läkemedelsjournal innan ögonundersökning/ögonkirurgi vid Astrid Lindgrens barnsjukhus under perioden 2024–2025.*

| År | Totalt (%) | K (%) | M (%) |
|---|---|---|---|
| 2025 | 97 | 96 | 97 |
| 2024 | 73 | 40 | 34 |

**Analys**

Årets resultat visar en markant förbättring och en mycket hög följsamhet till ordinationsrutinerna. Med 97 procent korrekta läkemedelsjournaler ligger verksamheten nära målet om full täckningsgrad, vilket speglar ett systematiskt förbättringsarbete.

Trots det goda resultatet kvarstår viss förbättringspotential, då även enstaka avvikelser kan påverka logistik, tidsplanering och patientsäkerhet i barnsjukvården. Eftersom förberedande läkemedel ofta är tidskritiska inför ögonkirurgi eller undersökning är det viktigt att rutiner och informationsöverföring fortsätter att följas konsekvent.

Att pojkar och flickor ligger nära varandra i 2025 års resultat indikerar att rutinerna tillämpas likvärdigt, vilket är positivt ur ett jämlikhetsperspektiv. De stora könsskillnader som noterades 2024 kvarstår inte, vilket tyder på att genomförda åtgärder haft avsedd effekt.

**Åtgärder**

- Fortsatt månadsvis uppföljning av korrekt ordinationsgrad för att identifiera eventuella brister i processen.
- Löpande rapportering till verksamhetsledning och berörda enheter för att säkerställa transparens och möjlighet till förbättring.
- Dialog och utbildning för personal kring vikten av korrekt ordinationsdokumentation och enhetliga rutiner.

**Uppföljning**

Kontinuerlig monitorering och analys fortsätter för att bibehålla en hög andel korrekta läkemedelsjournaler. Uppföljningen möjliggör tidig identifiering av avvikelser och stödjer ett systematiskt förbättringsarbete med fokus på patientsäkerhet och säker läkemedelshantering inom barnsjukvården.

## Sammanfattande bedömning av kvalitetsresultatet

Sammantaget visar kvalitetsindikatorerna för 2025 att S:t Erik bedriver en patientsäker vård med hög måluppfyllelse och god följsamhet till riktlinjer. Resultaten visar samtidigt på områden där fortsatt utvecklingsarbete krävs, särskilt inom tillgänglighet och flöden. Uppföljningen av kvalitetsindikatorerna utgör ett centralt underlag för verksamhetens prioriteringar och fortsatta förbättringsarbete.