Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse S:t Eriks Ögonsjukhus 2025



2026-02-17
Avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet
Diarienummer: ASN 2026-0674

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

S:t Eriks Ögonsjukhus kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse är till för att patienter, närstående och medarbetare ska få god inblick i hur vi arbetar för att ständigt förbättra patientsäkerheten och kvaliteten.

Att vården är säker och att alla medarbetare handlar utifrån vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet är en grundsten i allt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. Därför har vi valt att kombinera den årliga patientsäkerhetsberättelsen med kvalitetsredovisningen.

Målet med god och säker vård är att varje patient och närstående ska känna trygghet, gott bemötande och få rätt behandling och rätt information vid varje möte. Att ge god och säker vård överallt och alltid kan tyckas vara en självklarhet men det kräver systematiskt arbete. Det innebär att vara proaktiv och tänka risker och möjligheter samt vid behov agera för att minska och/eller eliminera händelser, såväl i den patientnära vården som på övergripande systemnivå.



Figur 1. Källa; Socialstyrelsen, Agera för säker vård Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i Hälso- och sjukvården 2025-2030.

Innehåll

SAMMANFATTNING 4
Inledande beskrivning av S:t Eriks Ögonsjukhus 5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 6
Engagerad ledning och tydlig styrning 6
Övergripande mål och strategier 6
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbete 6
Organisationskarta patientsäkerhet 7
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Informationssäkerhet 8
Strålskydd 8
En god säkerhetskultur 8
Systematiskt arbetsmiljöarbete 8
Öppen kommunikation kring identifierade risker 8
Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) 9
Adekvat kunskap och kompetens 9
Kompetensplanering 9
Yrkesspecifik kompetens 10
Utbildning kopplat till patientsäkerhet 10
Hjärt- och lungräddning 10
Patienten som medskapare 10
Information och kontaktvägar 10
Tillgänglighet via TeleQ och 1177 för patienter 11
Patientens delaktighet 12
Patientvägledare 12
Patientnöjdhet 12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 14
Verksamhetsuppföljning 14
Öka kunskap om inträffade vårdskador 15
Händelseanalyser och Lex Maria 2025 15
Tillförlitliga och säkra system och processer 16
Hygienrutiner 16
Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner 16
Säker vård här och nu 17
Riskbedömningar vid inskrivning 17
Riskanalyser 17

Stärka analys, lärande och utveckling 17
Avvikelser 17
Klagomål och synpunkter via 1177 och telefon 18
Klagomål och synpunkter till Patientnämnden 19
Klagomål och synpunkter från patient och närstående till IVO 19
Öka riskmedvetenhet och beredskap 20
Kompetensförsörjning 20
Kontinuitet och beredskap 20

KVALITETSINDIKATORER 21
Metod och datakällor 21
Övergripande resultat 21
S:t Eriks Ögonsjukhus kvalitetsindikatorer - sjukhusgemensamma 22
S:t Eriks Ögonsjukhus kvalitetsindikatorer - sjukhusspecifika 23
Nationella kvalitetsregister 24

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 25
Patientsäkerhetsstrategier år 2026 26
Kvalitetsindikatorer 2026 27

Bilagor 28

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet på S:t Eriks Ögonsjukhus syftar till att erbjuda en trygg, högkvalitativ och effektiv ögonsjukvård med minsta möjliga risk för vårdskador.

S:t Eriks kvalitet- och patientsäkerhetsavdelning, som består av chefläkare och verksamhetsutvecklare, har en stödjande funktion mot ledning och verksamheten i kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor och har sammanställt 2025 års kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i en gemensam rapport för att ge en helhetsbild av resultat och utvecklingsområden.

Under året genomfördes två sjukhusövergripande patientsäkerhetsforum för chefer och kvalitetsansvariga, där fokus låg på lärande från avvikelser, händelseanalyser och utveckling av förbättringsarbete. Totalt utfördes tre formella händelseanalyser, varav två anmäldes enligt lex Maria.

Arbetet med basala hygienrutiner visar tydliga förbättringar inom samtliga mätområden, särskilt för handhygien och klädregler. Patientdelaktigheten har fördjupats genom aktiviteter som brukarråd, fokus på tillgänglighet och genom evenemanget Ögonveckan.

Kvalitetsresultaten för 2025 visar hög måluppfyllelse inom både sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika indikatorer. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, fall och trycksår är fortsatt mycket låg. Medianväntetiden till första läkarbedömning på ögonakuten har minskat och regionens mål har nåtts. Patientenkäten 2025 visar förbättrade resultat jämfört med 2023, särskilt inom slutenvården.

Inför 2026 har vi tagit fram *Patientsäkerhetsstrategier 2026* med strategier och beskrivningar inom flera olika områden. En viktig strategi är att stärka riskanalysarbetet. Genom att genomföra flera riskanalyser närmare verksamheterna kan vi arbeta mera proaktivt. Vi fortsätter att skapa forum där identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av händelseanalyser diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet och lärande hos alla medarbetare.

Patientdelaktigheten ska fortsätta utvecklas, liksom tillgänglighet via både TeleQ och 1177. Vi strävar efter att behålla vår höga måluppfyllelse inom samtliga kvalitets- och patientsäkerhetsindikatorer.



Inledande beskrivning av S:t Eriks Ögonsjukhus

S:t Eriks Ögonsjukhus erbjuder som enda sjukhus i Sverige ett komplett utbud av ögonsjukvård och är ett ledande kompetenscentrum för ögonforskning och utbildning i Europa.

Sjukhuset bedriver specialiserad elektiv och akut ögonsjukvård samt nationell högspecialiserad ögonsjukvård inom ögononkologi, barnkatarakt, barnglaukom och prematuritetsretinopati (ROP). Den största delen av ögonsjukvården bedrivs i öppenvård och merparten av ögonkirurgi sker i dagkirurgi. Förutom våra olika öppenvårdsmottagningar har vi också akutmottagning, vårdavdelning, operation, sterilteknisk enhet, vävnadsinrättning och histopatologiskt laboratorium samt konsultverksamhet vid andra sjukhus i regionen. Vi har även ett mobilt team som utför ögonbottenfotografering på vårdcentraler runt om i regionen. Volymen och variationen av patientfall bidrar till att våra medarbetare får en unik och bred kompetens.

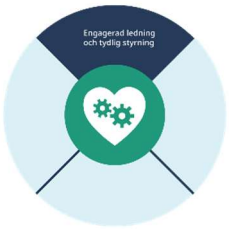
Vi bedriver patientnära forskning, huvudsakligen i nära samarbete med Karolinska Institutet (KI), kopplat till det kliniska uppdraget och bidrar på så sätt till utveckling av den evidensbaserade sjukvården. Sjukhuset bedriver dessutom klinisk utbildning i samarbete med flera lärosäten för att säkerställa god tillgång till vårdens medarbetare. Vi planerar att under 2026 etablera Kliniskt forskningscentrum som har som mål att stärka och förenkla genomförandet av kliniska studier inom oftalmologi.

Sjukhuset avbolagiserades vid årsskiftet 2024/2025 och är numera en del av Akutsjukvårdsnämnden i Region Stockholm. Syftet med förändringen har varit att förenkla styrningen, förbättra nyttjandet av gemensamma resurser och att stärka samverkan mellan verksamheterna.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier



S:t Eriks Ögonsjukhus ska erbjuda våra patienter ett komplett utbud av ögonsjukvård och vård av högsta internationella kvalitet som baseras på forskning, utveckling och utbildning. Våra patienter ska erbjudas ett professionellt omhändertagande och ett respektfullt bemötande.

Målet med patientsäkerhetsarbetet på sjukhuset är en god och säker vård där vi minimerar risken för vårdskada och där vi anpassar oss till ändrade förutsättningar för en patientsäker, högkvalitativ och effektiv vård.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbete

Sjukhusdirektören har det yttersta ansvaret för att verksamheten är organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården och följer lagar och myndighetskrav.

Chefläkare har det övergripande ansvaret för arbetet med patientsäkerhet och kvalitet på sjukhuset, även om det formella ansvaret för dessa områden ligger hos respektive verksamhetschef. I chefläkarens ansvar ingår att bedöma avvikelser och klagomål, utreda och anmäla allvarliga patientsäkerhetsrisker och vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkaren utgör även kontakt med externa vårdgivare samt myndigheter i patientsäkerhetsfrågor.

Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet samt för att det inom verksamheten bedrivs ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

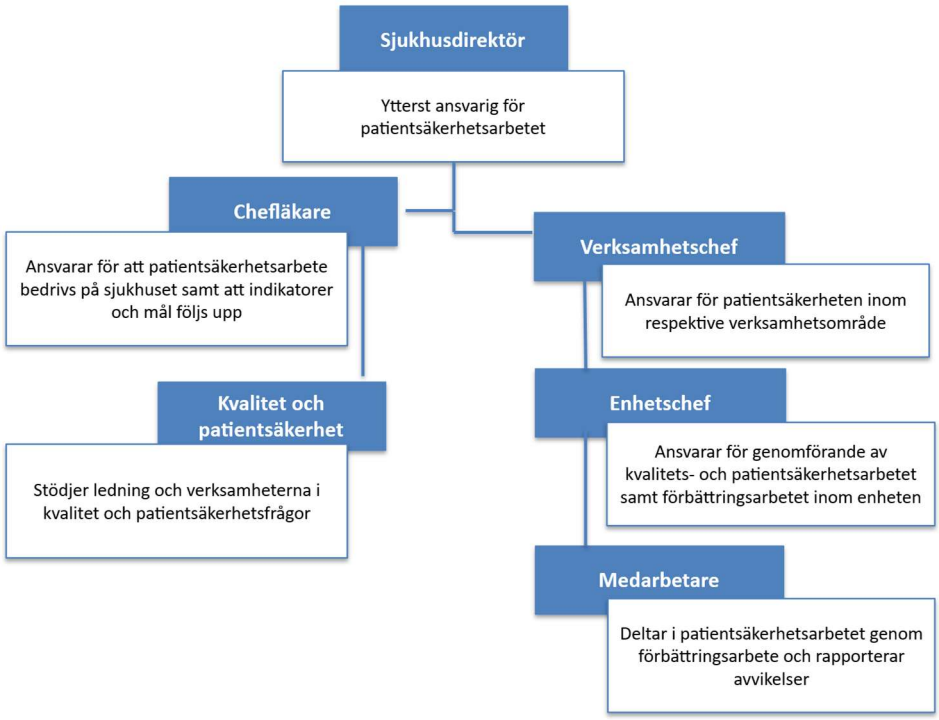
Enhetschefen har ansvar för genomförande av kvalitet och patientsäkerhetsarbetet samt förbättringsarbetet. Uppdraget omfattar även att ta fram, vidareutveckla, avveckla och dokumentera rutiner och metoder.

Det är medarbetarna, som arbetar närmast patienterna, som driver det kontinuerliga förbättringsarbetet. Det är patienternas och medarbetarnas förslag och idéer som testas, utvärderas och genomförs med stöd av chefer och sjukhusledning. Enhetschefen är ansvarig för att skapa ett system där förbättringsarbetet införs i vardagen och där vi kontinuerligt tar hand om de idéer som framkommer.

S:t Eriks Ögonsjukhus har en kvalitet- och patientsäkerhetsavdelning som består av chefläkare och verksamhetsutvecklare. Avdelningen har en stödjande funktion mot ledning och verksamheten i kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor. Avdelningen stödjer arbetet med att vidta åtgärder, följa upp våra kvalitetsresultat samt arbetar övergripande för att driva förbättringar. Avdelningen stödjer verksamheten med systemkunskap, strukturerade metoder för ständiga förbättringar samt ökad patientdelaktighet i förbättringsarbete.

Vi har ett sjukhusövergripande patientsäkerhetsforum varje termin. Forumet syftar till att gemensamt lyfta aktuella patientsäkerhetsfrågor och, genom dialog, informationsutbyten och workshops, stärka lärandet i organisationen – särskilt kopplat till avvikelser och händelser som ger möjlighet till förbättring.

Organisationskarta patientsäkerhet



Figur 2. Bilden visar en organisationskarta över patientsäkerhetsarbetet på S:t Eriks Ögonsjukhus.

Samverkan för att förebygga vårdskador

S:t Eriks Ögonsjukhus samarbetar kontinuerligt med andra vårdgivare och regionala aktörer för att stärka kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet i vården. Nedan följer exempel på samverkan under 2025.

Under 2025 inleddes ett samarbete mellan S:t Eriks Ögonsjukhus och Tiohundra/Norrtälje sjukhus, med syfte att förbättra läkarbemanningen vid Norrtälje sjukhus. Samarbetet bidrar till att Norrtäljeborna får fortsatt högkvalitativ ögonsjukvård. Vi samverkar med andra ögonläkare i regionen, bland annat vad gäller möjlighet att ta emot patienter för att kunna erbjuda vård inom vårdgarantin. Samverkan sker vidare med primärvård vid ögonbottensscreening av patienter med diabetes.

S:t Eriks Ögonsjukhus deltar aktivt i alla Region Stockholms samverkans- och nätverksgrupper till exempel chefläkarnätverket, Region Stockholms gemensamma IT-stöd för risk- och avvikelserapportering (HändelseVis), nätverk för patientvägledare, kunskapsstyrningens regionala programområden för ögonsjukvård (RPO) och nationella programområdet för ögonsjukvård (NPO) samt TakeCare policy- och förvaltningsgrupper.

Det har under året påbörjats en förändring avseende avtal för specialiserad ögonsjukvård inom Region Stockholm, där fyra leverantörer har tilldelats avtal. Förändringen gör att vården kommer att samlas i fem större mottagningar som är geografiskt fördelade över Stockholms län. Vi kommer verka för att etablera välfungerande samverkansformer mellan vårt sjukhus och dessa ögonkliniker när de startar under senare delen av 2026.

Informationssäkerhet

Det övergripande målet är att informationssäkerhet ska vara en integrerad och naturlig del av det dagliga arbetet inom sjukhuset. Under 2025 har arbetet fortsatt med fokus på att stärka efterlevnaden av gällande regelverk, riktlinjer och interna styrande dokument.

Under årets inledning genomfördes uppföljningar av verksamheter och skyddsvärda IT-system med stöd av Complianceportalen. I oktober 2025 infördes IRIS (Incident Reporting and Information System), som ersatte Complianceportalen. IRIS är ett gemensamt verktyg för rapportering, uppföljning och hantering av informationssäkerhetsincidenter och avvikelser, vilket ger bättre överblick, spårbarhet och möjligheter till systematisk uppföljning jämfört med tidigare lösning.

Arbetet med att säkerställa grundläggande kunskap och medvetenhet inom informationssäkerhet har fortsatt genom e-utbildningen Digital informationssäkerhetsutbildning för alla (DISA), som under perioden har setts över och uppdaterats för att vara mer aktuell och verksamhetsnära. Arbetet har även kompletterats med riktade informationsinsatser och dialoger anpassade till verksamheternas behov.

Strålskydd

S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver medicinsk verksamhet med joniserande strålning inom ramen för brachybehandling av tumörer och benigna förändringar i ögat. Sjukhuset arbetar aktivt och systematiskt för att säkerställa en hög nivå av strålsäkerhet, kompetens och kvalitet i strålningsrelaterade arbetsmoment. För närmare beskrivning och redovisning av arbetet kring strålskydd, se bilaga 2. Strålskyddsverksamheten vid S:t Eriks Ögonsjukhus.

En god säkerhetskultur

S:t Eriks Ögonsjukhus strävar efter en patientsäkerhetskultur där alla medarbetare är observanta på och rapporterar risker och händelser. Vi eftersträvar ett öppet klimat där brister i systemet, i stället för individens misstag, särskilt beaktas. Lärandet står i fokus efter utredningar av avvikelser, för att undvika att händelsen upprepas.



Medarbetarnas arbetsmiljö är en viktig förutsättning för en god säkerhetskultur.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är en av grundpelarna för att skapa en god och säker arbetsplats och för att förebygga risker, ohälsa och arbetsskador. Det innebär bland annat att undersöka och åtgärda risker i verksamheten, följa upp om åtgärder haft avsedd effekt samt att arbeta förebyggande för att skapa en trygg och säker arbetsmiljö.

På S:t Eriks Ögonsjukhus är det systematiska arbetsmiljöarbetet integrerat i verksamhetsstyrningen, på ett organiserat och systematiskt sätt. Vid behov tas åtgärder fram och följs upp enligt plan. Medarbetarpolicyn tillika arbetsmiljöpolicyn är ett stöd till sjukhusets värdegrund och är ett viktigt dokument i arbetsmiljöarbetet i stort.

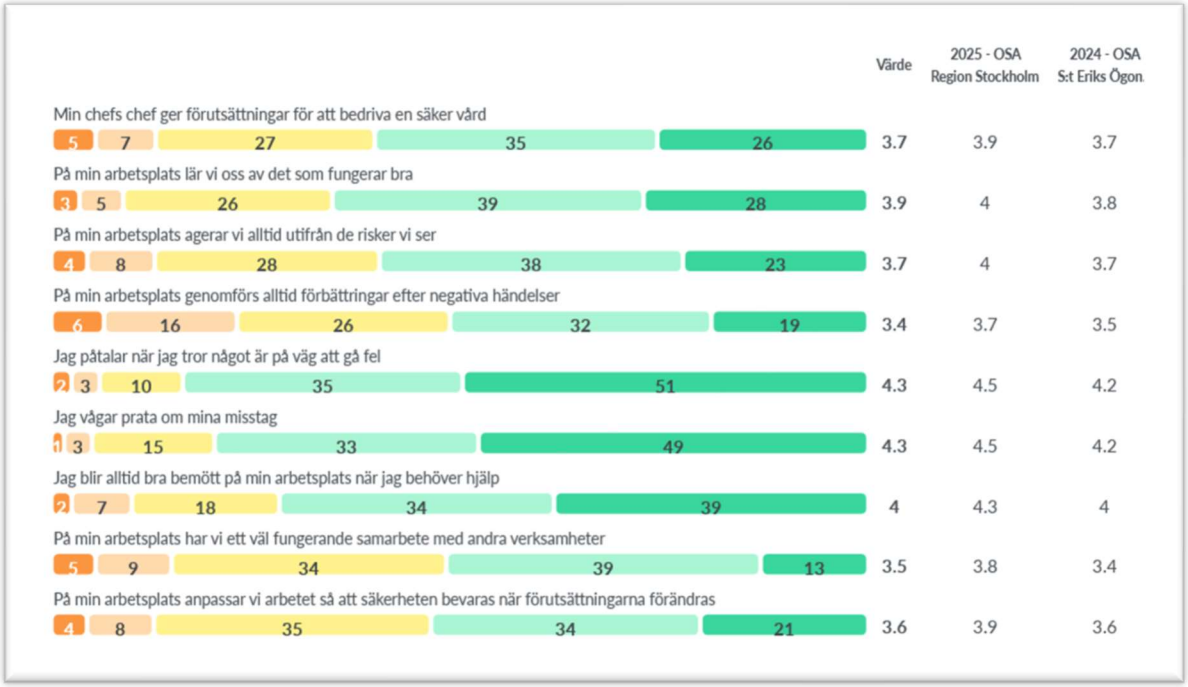
Öppen kommunikation kring identifierade risker

Enhetschefer, tillsammans med enheten för kvalitet och patientsäkerhet, ansvarar för att skapa forum där identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av händelseanalyser diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet hos alla medarbetare.

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)

Säkerhetskulturen mäts regelbundet i Region Stockholm med en gemensam medarbetarundersökning vilken innehåller frågor som avspeglar Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE). Frågorna besvaras av medarbetare som har direkt eller indirekt patientkontakt. Resultatet redovisas på enhetsnivå, verksamhetsnivå samt sjukhusnivå. Förutom de separata frågorna skapas även ett index-värde som ger möjlighet att följa resultaten över tid.

Tabell 1. Tabellen visar resultatet av säkerhetskulturmätningen 2025 i Region Stockholm respektive S:t Eriks Ögonsjukhus.



						Värde	2025 - OSA Region Stockholm	2024 - OSA S:t Eriks Ögon
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	5	7	27	35	26	3.7	3.9	3.7
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	3	5	26	39	28	3.9	4	3.8
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	4	8	28	38	23	3.7	4	3.7
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	6	16	26	32	19	3.4	3.7	3.5
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	2	3	10	35	51	4.3	4.5	4.2
Jag vågar prata om mina misstag	1	3	15	33	49	4.3	4.5	4.2
Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	2	7	18	34	39	4	4.3	4
På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	5	9	34	39	13	3.5	3.8	3.4
På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	4	8	35	34	21	3.6	3.9	3.6

Resultatet 2025 ger ett HSE index på 70,2 vilket är relativt oförändrat med 2024 (70). Vi ligger något under nivån jämfört med övriga regionen. Säkerhetskulturen är ett långsiktigt och ständigt pågående arbete och resultaten används som underlag till förbättringsarbete och för dialog inom verksamheten. Resultatet presenteras och diskuteras bland annat på gemensamma patientsäkerhetsforum med samtliga chefer och kvalitetsansvariga samt lokalt i verksamheterna.

Adekvat kunskap och kompetens



Vi arbetar kontinuerligt med långsiktig planering av kompetens för att säkerställa att vi har en god och hög kompetens på såväl kort som lång sikt för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning.

Kompetensplanering

Verksamhetsplanering genomförs på enhetsnivå för att säkerställa mål och riktning för verksamheten utifrån bland annat ledningens verksamhetsplan. Därefter genomförs medarbetarsamtalet där medarbetarens individuella utmaningar och behov ses över. Här säkerställs en individuell handlingsplan för kompetensutveckling för varje enskild medarbetare. I samband med detta tas även önskemål upp om eventuella vidareutbildningar.

Bemanning och schemaläggning utgår ifrån patientens vårdbehov, vårduppdraget samt medarbetarens kunskap och erfarenhet. Vid schemaläggning eftersträvas att mer erfarna medarbetare arbetar tillsammans med mindre erfarna. Detta för att skapa en trygghet för medarbetaren samt att öka patientsäkerheten.

Nyanställda erhåller individuell introduktion. Introduktionens omfattning beror på typ av anställning samt arbetsplats. I arbetet sker kontinuerlig kompetensutveckling genom handledning av erfaren kollega. På Kompetensstorget (tidigare Lärtorget) finns både regionala och lokala utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal. S:t Eriks Ögonsjukhus har cirka trettio internutbildningar på Kompetensstorget exempelvis utbildning i ögonläkemedel, ögats anatomi och klädregler. Vid nyanställning ingår utbildningarna som en av introduktionen.

Yrkesspecifik kompetens

Sjukhuset fortsätter att rekrytera ST läkare för en målbemanning om 30 individer. Sjuksköterskor erbjuds vidareutbildning till ögonsjuksköterskor och ortoptister. Andra kompetenser såsom optiker, grundutbildade sjuksköterskor, undersköterskor och administratörer har anställts som ett bra komplement och ett led i att förbättra kvaliteten för patienterna.

Intern fortbildning sker bland annat i form av återkommande föreläsningar för läkare och sjuksköterskor. Veckovis återkommande är falldragningar, så kallad ”grand round” samt månatligen återkommande föreläsningar som riktar sig till regionens samtliga ögonläkare. I samverkan med Karolinska institutet finns också möjlighet att delta i de olika forskningsgruppernas föredrag.

Utbildning kopplat till patientsäkerhet

Alla medarbetare och speciellt enhetschefer och kvalitetsansvariga uppmuntras att genomföra Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning Säker vård. På vårt patientsäkerhetsforum två gånger per år, för samtliga chefer samt kvalitetsansvariga, ökar vi kunskapen om patientsäkerhetsfrågor genom lära av avvikelser och händelseanalyser. Vi diskuterar tillsammans förbättringsarbeten, planerar åtgärder och initierar egenkontroller samt riskanalyser för att öka systemförståelse och kunskapen om förbättringsarbete. Vi fortsätter att öka antalet medarbetare som genomfört Händelseanalys- samt Riskanalysutbildningen.

Hjärt- och lungräddning

Vi jobbar aktivt för att sjukvårdspersonal ska genomgå utbildning i hjärt- och lungräddning (S-HLR eller A-HLR) en gång per år samt att all administrativ personal genomgår Vuxen-HLR vartannat år. Instruktörerna har regelbundna möten för att gå igenom och uppdatera utbildningsmaterial samt kvalitetssäkra sin egen utbildning. Instruktörer håller sig uppdaterade bland annat genom att delta på svenska HLR-rådets kongresser samt att ta till sig information som uppdateras på HLR-rådets hemsida.

Vi strävar efter att kontinuerligt ha instruktörer på alla enheter och att det finns ett samarbete mellan enheter vid behov. HLR-koordinator på sjukhuset ser till att utrustning finns både för vuxna och barn samt uppdaterar förrådet av förbrukningsartiklar.

Patienten som medskapare



S:t Eriks Ögonsjukhus har en strategi att involvera och göra patienterna delaktiga i sin egen vård. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och genomförs i samråd med patienten. Vi uppmanar våra patienter att vara delaktiga till exempel genom att informera om vikten av god handhygien samt genom att ställa frågor och påpeka om något inte känns bra.

Information och kontaktvägar

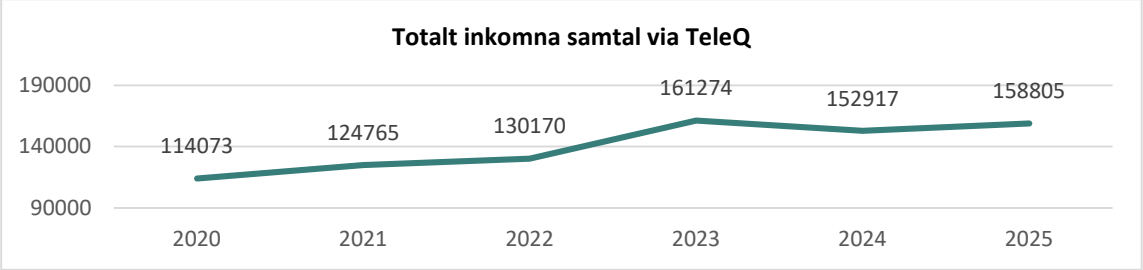
På vår webbplats finns patientinformation om olika ögonsjukdomar, råd om egenvård samt hur olika ögonundersökningar går till. Här finns den information patienten behöver inför, under och efter besöket. För de patienter som ska genomgå operation på sjukhuset finns information om

hur patienterna själva kan bidra till att minska risken för skador genom förberedelser inför operation.

I februari lanserade sjukhuset en ny webbplats. Den nya webbplatsen har ett tydligare fokus på användarvänlighet. Den har rankats högt och nådde i maj en förstaplats i Webperf.se:s senaste rankning av hälso- och sjukvårdswebbplatser i Sverige.

Tillgänglighet via TeleQ och 1177 för patienter

Tillgängligheten till vården är en central del av patientsäkerheten. Genom både telefonrådgivning via TeleQ och digitala kontaktvägar via 1177 arbetar S:t Eriks Ögonsjukhus för att säkerställa att patienter snabbt kan få råd, boka tider och få svar på sina frågor. Nedan redovisas utvecklingen av tillgängligheten under 2025.



Figur 3. Grafen visar totalt antal inkomna samtal via TeleQ på S:t Eriks Ögonsjukhus (inklusive kvällar och helger), under perioden 2020-2025.

S:t Eriks Ögonsjukhus har under året haft en telefontillgänglighet på 94 % (95 % 2024).

Tabell 2. Tabellen visar telefontillgängligheten TeleQ på S:t Eriks Ögonsjukhus i procent under perioden 2021-2025.

Telefontillgänglighet TeleQ	2021	2022	2023	2024	2025
Sjukhusets telefontillgänglighet, procent (%)	98 %	95 %	92 %	95 %	94 %

Av de inkomma samtalen hanterades 85 % (121 155 samtal) samma dag och 15 % (21 492 samtal) fick uppringningstid dagen efter. Under 2025 var det 12 076 samtal vilka inte kom fram under telefontid då TeleQ-kön var full. Detta är en ökning från föregående år (2024; 9 208). Verksamheterna arbetar kontinuerligt för att ytterligare förbättra telefontillgängligheten för patienterna.

Utöver telefonin är digital tillgänglighet via 1177 en viktig kontaktväg.

Tabell 3. Tabellen visar totalt antal hanterade ärenden samt andel besvarade ärenden via 1177 på S:t Eriks Ögonsjukhus under perioden 2022-2025.

Ärenden via 1177 exkl. 1177 synpunkter och klagomål	2022	2023	2024	2025
Totalt antal hanterade ärenden via 1177 (n)	3 889	6 000	8 910	13 332
Andel besvarade, procent (%)	95 %	99 %	99 %	99 %

Sjukhuset har tagit emot 4422 fler ärenden via 1177 i jämförelse med föregående år, med en bibehållen god svarsfrekvens.

Under året har ett sjukhusövergripande projekt initierats för att öka tillgängligheten för ärenden både via telefon och e-tjänster. Flera åtgärdsförslag har tagits fram. Det har även påbörjats ett arbete med att ta fram utbildningsmaterial och andra kompetenshöjande insatser för de som arbetar med telefonrådgivning. Projektet kommer att fortsätta under våren 2026.

Patientens delaktighet

Vid utredningar av avvikelser och vid förbättringsarbeten i verksamheten kan patienter involveras och tillföra viktig kunskap om vad som kan förbättras, en kunskap som inte medarbetarna har.

Vid till exempel en händelseanalys erbjuds patienten och närstående att delta i utredningen. Patient/närstående har unik information om hela händelseförloppet, något ingen annan har. Om utredningen uppfyller kriterierna för allvarlig vårdskada så har sjukhuset en skyldighet att anmäla händelsen till myndigheten IVO enligt föreskriften lex Maria och patient/närstående får efter genomgången händelseanalys ta del av rapporten.

S:t Eriks Ögonsjukhus har ett brukarråd där representanter från patientorganisationerna Synskadades riksförbund (SRF), Storstockholms diabetesförening och Glaukomföreningen i Stockholm ingår. I gruppen ingår även Stockholms syncentral och representanter från sjukhuset. Två fysiska möten har hållits under år 2025 på S:t Eriks Ögonsjukhus. Utbyte av information och diskussioner om verksamheternas nuläge tas upp. Både den fysiska och digitala tillgängligheten på sjukhuset är viktiga punkter. Under 2025 har vårdavdelningen haft samarbete med SRF och efter det bland annat förbättrat skyltning av vårdrum. Markeringar har också gjorts i garderober för att öka kontrasten.

I oktober 2025 anordnade S:t Eriks Ögonsjukhus evenemanget Ögonveckan. Syftet med Ögonveckan var att sätta fokus på ögonsjukvård, ögonforskning och förutsättningarna för personer med nedsatt syn. Programmet riktade sig till flera olika målgrupper, där patienter och allmänhet var en viktig del. Under Ögonveckan genomfördes bland annat en workshop tillsammans med KTH, Tekniska museet, Karolinska institutet och Synskadades Riksförbund, i syfte att utveckla lösningar för personer med synnedsättning.

Patientvägledare

Patientvägledarens huvudsakliga arbetsuppgifter är att samordna och hantera patientärenden från enskilda personer. En viktig del i arbetet är att främja patientmedverkan och aktivt arbeta med förutsättningarna för att ta till vara patienters synpunkter och erfarenheter inom sjukhusets verksamhet. Patientvägledaren ger stöd och vägledning till patienter och närstående samt är ett stöd för och utbildar sjukhusets medarbetare inom patientärendehantering.

Patientnöjdhet

Sjukhuset genomför årligen patientenkätundersökningar hur patienter upplever vården och syftet är att utveckla vården. Resultaten från enkäten redovisas på sjukhusnivå, verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå. Årets resultat (2025) baseras på data från den Nationella patientenkät som genomförs i Sverige vartannat år. Resultatet ger oss en bedömning av andelen patienter i både öppenvård och slutenvård som känner sig delaktiga i sin vård och behandling.

Under år 2025 deltog S:t Eriks Ögonsjukhus i den nationella patientenkäten och genomfördes på våra ögonmottagningar och vår vårdavdelning. Svarsfrekvensen på mottagningarna var 43,1% vilket är strax under region Stockholms resultat och inom slutenvården var svarsfrekvensen 55,3% vilket ligger över regionens resultat.



Figur 4. De två graferna nedan visar resultatet av den nationella patientenkäten 2025, utifrån olika dimensioner.

Resultatet ger oss en bedömning av helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet och visar sammantaget en förbättring jämfört med 2023. Vår slutenvård ligger

generellt högre än våra öppenvårdsmottagningar och även högre än övriga slutenvården i regionen.

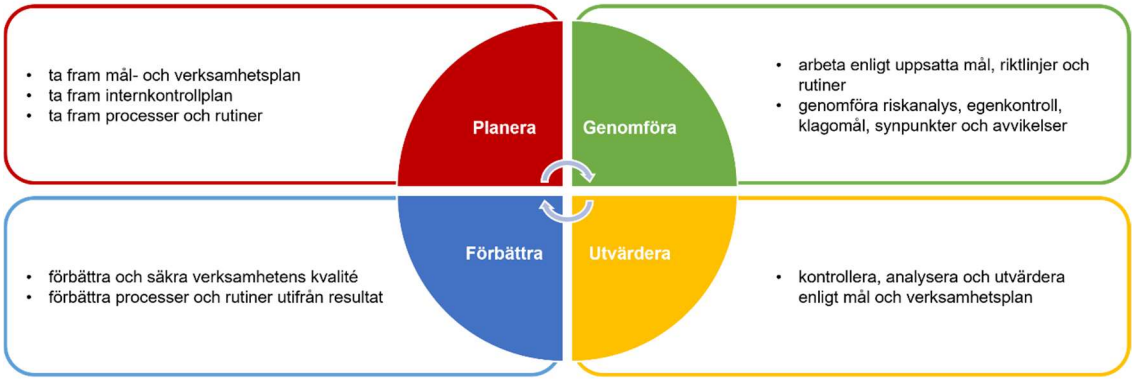
Resultaten analyseras på verksamhetsnivå och ligger till grund för fortsatt förbättringsarbete, med fokus på att vidmakthålla goda resultat och ytterligare stärka patienters delaktighet och upplevelse av vården. Exempel på förbättringsområden utifrån svaren på patientenkäten 2025 är:

- Se över flödet på mottagningarna var man kan förmedla information till patienter.
- Se över text i kallelser för eventuella förtydligande inför besök.

Resultaten analyseras och följs upp, med målet att vidmakthålla de starka resultaten i slutenvården och samtidigt höja öppenvårdens värden ytterligare.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

I riktlinjen *Sjukhusövergripande ledningssystem. S:t Eriks Ögonsjukhus* och i *Ledningssystem för systematiskt kvalitet- och patientsäkerhetsarbete* beskrivs och definieras den uppföljning och egenkontroll som ska ske av de processer och flöden som ryms inom verksamheten. Det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet illustreras i bilden nedan.



Figur 5. Bilden illustrerar det systematiska kvalitet och patientsäkerhetsarbetet på S:t Eriks Ögonsjukhus.

Utifrån de fem nationella fokusområdena utvärderas resultat, åtgärder, uppföljning samt planering framåt.

De fem fokusområdena:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap



Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljning av patientsäkerhet, kvalitet, produktion, ekonomi och personal sker regelbundet med ledningspersoner för respektive enhet tillsammans med sjukhusets stabsfunktioner. Förändrings- och förbättringspotential identifieras och utifrån dessa planeras åtgärder och uppföljning. Vårdskador, medicinska resultat och kvalitetsindikatorer följs upp och handläggs av chefläkare och respektive verksamhetschef beroende på ärende. Under året har det

sjukhusegna verktyget ”Step-up” införts, med syfte att produktion och tillgänglighet ska kunna följas och styras i den patientnära organisationen.

Rapporter sammanställs till verksamheterna och de innehåller uppföljning av dels kvalitets- och patientsäkerhetsmått, dels sammanställning av produktion, bemanning och ekonomi.

Data till kvalitet- och patientsäkerhetsmått sammanställs från olika datakällor med hjälp av analysverktyget QlikView och Qlik Sense. De verksamheter som valt att få månadsrapporter från verktyget använder dessa som ett komplement till de månatliga rapporterna från ekonomi och Human Resources (HR).

Utöver dessa sker även systematisk kvalitetsuppföljning i form av journalgranskning, framtagna rapporter från HändelseVis, patientenkäter och punktprevalensmätningar.

Genom att beskriva processer, bland annat i vårt dokumenthanteringssystem samt på vårt intranät, får vi en gemensam bild av hur allt hänger ihop, från inkommen remiss till skickad vårdfaktura, hur ledningen arbetar samt hur vi stödjer kärnprocessen med hjälp av stödjande processer.

Öka kunskap om inträffade vårdskador



Risk- och händelseanalyser är de viktigaste verktygen för att förebygga skador i vården. Händelseanalyser genomförs vid utredning efter en allvarlig händelse eller av risk för allvarlig händelse och inför bedömning om eventuell egenanmälan till IVO enligt lex Maria. Patient och/eller närstående erbjuds alltid att delta.

Att säkerställa högkvalitativa utredningar gör att vi kan dra lärdomar av händelserna och genomföra åtgärder som eliminerar eller minskar risken för att en liknande händelse inträffar igen. En analys av en negativ händelse eller ett tillbud ska kunna ge svar på frågor om vad som har hänt, varför det har hänt och hur en upprepning av händelsen kan förhindras.

Händelseanalyser och Lex Maria 2025

Under år 2025 har S:t Eriks Ögonsjukhus gjort tre händelseanalyser varav två anmäldes enligt lex Maria till IVO.

IVO bedömer om vårdgivaren utifrån patientsäkerhetslagen fullgjort sin skyldighet att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och om tillräckliga åtgärder vidtagits.

Tabell 4. Tabellen visar Händelseanalyser som genomförts på S:t Eriks Ögonsjukhus under 2025.

Händelseanalyser 2025	Lex Maria anmälan 2025	Huvudsakliga åtgärder
Fördröjd uppföljning och kontroll vid korioidalt malignt melanom från 2021	x	Förändrade rutiner har skett sedan 2021 där pappersbokningsunderlag har frångåtts och vårdplanering sker numera i journalsystemet.
Försenad handläggning av Endoftalmit.	x	Uppdaterat och utvecklat befintligt telefontriagering-frågeformulär samt vårdprogram
Borttagande av öga med misstänkt retinoblastom.		Ej Lex Maria anmälan då alla adekvata åtgärder hade vidtagits.

Tillförlitliga och säkra system och processer



Sjukhuset bedriver ett strukturerat arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och säkerställa god följsamhet till hygienrutiner. Arbetet sker i samverkan mellan verksamheterna och med stöd av Vårdhygien Stockholm, och omfattar såväl riktlinjer som utbildning och löpande uppföljning.

Hygienrutiner

Hygiengruppen samordnar sjukhusets vårdhygieniska arbete. Gruppen består av verksamhetsutvecklare samt lokalt hygienansvarig sjuksköterska och undersköterska. För rådgivning och expertstöd finns även tillgång till hygiensjuksköterska och hygienläkare från Vårdhygien Stockholm.

Hygiengruppen arbetar med:

- implementering och revidering av vårdhygieniska rutiner,
- utbildning och informationsinsatser till personal
- samordning av smittförebyggande åtgärder
- uppföljning och analys av följsamhet

Punktprevalensmätningar genomförs regelbundet för att följa följsamheten till basala hygienrutiner, användning av skyddsutrustning och andra vårdhygieniska processer. Resultaten ligger till grund för riktade åtgärder och verksamhetsnära förbättringsarbete. Fokus ligger på att säkerställa en hög och jämn följsamhet samt på att snabbt identifiera behov av förstärkta insatser.

Följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner

Basala hygienrutiner och klädregler enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10 *Basal hygien i vård och omsorg* utgör en central del av sjukhusets arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och säkerställa en hög patientsäkerhet. Under 2025 har följsamheten fortsatt följts upp genom strukturerade observationer på enhets-, verksamhetsområdes- och sjukhusnivå.

Samtliga enheter har deltagit i årets mätning av basala hygienrutiner och klädregler. Totalt har 150 observationer genomförts. Observationerna omfattar moment såsom korrekt handdesinfektion före och efter patientkontakt samt efterlevnad av klädregler, inklusive krav på kort eller uppsatt hår samt avsaknad av smycken, klocka, bandage och stödskenor.

Efter genomförd mätning utför avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet en sammanhållen analys av resultaten. Utifrån analysen initieras vid behov åtgärder, exempelvis riktade utbildningsinsatser, fördjupad uppföljning eller hantering i ledningsgrupp.

Resultat

Årets resultat visar en positiv utveckling jämfört med 2024:

- Korrekt handdesinfektion före patientkontakt: 76 procent (2024: 64 %)
- Korrekt handdesinfektion efter patientkontakt: 90 procent (2024: 88 %)
- Övergripande följsamhet till klädregler: 96 procent (2024: 92 %)
- Kort eller uppsatt hår: 97 procent (2024: 89 %)
- Fri från klocka, smycken, bandage och stödskenor: 99 procent (2024: 98 %)

Resultaten visar tydliga förbättringar, särskilt inom handhygien före patientkontakt och följsamhet till hårregler. Detta tyder på ökad medvetenhet och ett stärkt engagemang i hygienarbetet. Sammanfattningsvis har 2025 års mätning visat en tydlig förbättring inom samtliga huvudområden.

Analys

Förbättringarna bedöms till stor del bero på sjukhusets riktade utbildningsinsatser, återkommande påminnelser under APT och förbättrad återkoppling av mätresultat. Den positiva utvecklingen följer en liknande riktning som andra sjukhus rapporterat, där kontinuitet, tydlig återkoppling och praktiskt stöd visat sig vara avgörande faktorer för förbättrad följsamhet.

Åtgärder och uppföljning

För att bibehålla och ytterligare stärka följsamheten planeras följande insatser:

- Fortsatta och regelbundna utbildningar i basala hygienrutiner och klädregler för all personal
- Återkommande observationer med tydlig återkoppling på enhetsnivå
- Synliggörande av resultat och förbättringsområden.

Säker vård här och nu



Sjukhuset använder flertalet verktyg och metoder för proaktivt arbete och för att säkra vården för patienten här och nu, exempelvis:

- Sjukhusövergripande och verksamhetsspecifika riktlinjer, stöddokument och checklistor.
- SBAR – ett verktyg som underlättar och stödjer säkra överrapporteringar.
- NEWS2 – regelbunden övervakning med bedömningsskalan NEWS2.
- Checklista för säker kirurgi – för att förbättra kommunikationen mellan medarbetarna samt ett stöd för minnet så att alla viktiga säkerhetsåtgärder blir genomförda i samband med operationer.

Riskbedömningar vid inskrivning

Vid inskrivning slutenvården, i samband med anestesi och operation, genomförs flertalet riskbedömningar. Vi följer handlingsprogrammet för att förebygga smittspridning av anmälningspliktiga resistenta bakterier. Vi genomför riskbedömningar av fall, trycksår, urinretention och nutrition. Resultaten redovisas under våra kvalitetsindikatorer.

Riskanalyser

Inför förändrade arbetssätt, genomlysning av nuvarande arbetssätt, införande av nya metoder, vid större ny- och ombyggnader samt vid frekventa avvikelser inom samma område arbetar vi för att riskanalyser genomförs för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Riskanalys kan initieras av chefläkare, verksamhetschef eller enhetschef och medarbetare, alla uppmanas att rapportera risker i avvikelsehanteringssystemet. Under årets har riskanalys genomförts när man förändrade prioriteringarna för vilka operationer som genomförs på jourtid.

Vi arbetar för att genomföra flera riskanalyser samt att de händelseanalyser som genomförs ska ske ännu närmare verksamheterna. Vi har därför utbildat flera medarbetare i händelseanalysmetoden samt planerar att fler medarbetare ska gå riskanalysutbildning.

Stärka analys, lärande och utveckling



Avvikelser

Varje medarbetare har en skyldighet att rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Rapporteringen av vårdavvikelser, inklusive arbetsmiljöavvikelser och miljöavvikelser, sker i systemet HändelseVis.

Enhetschef är ansvarig för analys, åtgärd, beslut om förbättringsåtgärd samt uppföljning inom sin verksamhet. Verksamhetschefen har inom sitt verksamhetsområde det

övergripande ansvaret. Vid allvarliga händelser eller risker (allvarlighetsgrad 3 och 4) involveras chefläkaren snarast.

På sjukhuset bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete. Avvikelser som rapporterats i avvikelsesystemet HändelseVis sammanställs dels på en övergripande nivå av avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet, dels på de enskilda enheterna. Avvikelserapporter ger oss ett underlag för att identifiera risker, tillbud och negativa händelser som kan leda till förbättrade rutiner och riktlinjer för att öka patientsäkerheten.

Tabell 5. Tabellen visar antal avvikelser rapporterade i HändelseVis på S:t Eriks Ögonsjukhus.

Antal avvikelser rapporterade i HändelseVis	2022	2023	2024	2025
Arbetsmiljö	65	72	67	75
Förbättringsförslag	12	22	16	40
Miljö	0	6	6	6
Vårdavvikelse	133	234	261	318
Totalt antal	**210**	**334**	**350**	**439**

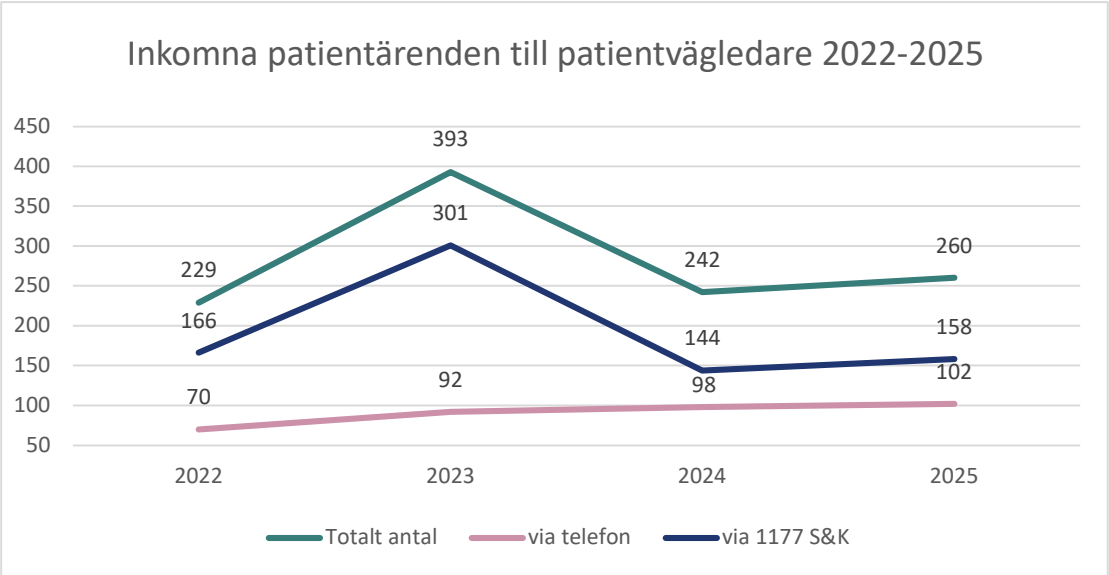
Avvikelserapporteringen har ökat under 2025, framför allt kopplat till förbättringsförslag och vårdavvikelser. Resultatet skulle kunna spegla en stärkt patientsäkerhetskultur.

Klagomål och synpunkter via 1177 och telefon

Patienter och närståendes synpunkter och förbättringsförslag är viktiga för att vi ska kunna förbättra och utveckla vår verksamhet. Patienter och närstående uppmanas i första hand att återkoppla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet genom 1177 e-tjänster, men det går också bra via brev eller telefon.

Majoriteten av alla ärenden kommer direkt till verksamheterna via 1177. Alla inkommande ärenden analyseras och lämpliga åtgärder vidtas. Svar till patient eller närstående skickas normalt inom en till två veckor.

Klagomål och synpunkter till patientvägledare inkommer via 1177 Synpunkter och klagomål (1177 S&K) samt via rådgivande telefon. Det flesta ärenden som inkommer till patientvägledare handlar om synpunkter på vård och behandling och bemötande.



Figur 6. Grafen visar antal inkomna patientärenden till patientvägledare under perioden 2022-2025 på S:t Eriks Ögonsjukhus.

Antal ärenden till patientvägledare både via 1177 S&K och via telefon har ökat något under 2025 men ligger ungefär på samma siffra som året innan.

Patientklagomål och anmälningar som kommer in gås igenom kontinuerligt och sammanställs i samband med årsrapporten för kvalitet och patientsäkerhet samt kommuniceras till ledningsgruppen och arbetsplatsträffar (APT). Alla medarbetare deltar i arbetet med patientsäkerhet genom att ta emot och rapportera klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter till Patientnämnden

Under 2025 inkom det totalt 59 ärenden till Patientnämnden. Det vanligast förekommande problemområdet var vård och behandling, vilket är oförändrat sedan föregående år.

Antal ärenden till PaN analyseras på respektive enhet och används som underlag till enheternas förbättringsarbete.

Tabell 6. Tabellen visar antal ärenden samt antal klagomål till Patientnämnden för S:t Eriks Ögonsjukhus. Ärendena är beräknade på antal klagomål, där varje ärenden kan ha flera klagomål. Ett ärende kan också beröra flera enheter.

Område	2023	2024	2025
Administrativ hantering	2	5	5
Ekonomi	2	3	2
Dokumentation och sekretess	2	5	3
Kommunikation	14	28	21
Resultat	15	20	20
Rådgivning	-	1	-
Tillgänglighet	11	8	11
Vård och behandling	24	46	43
Vårdansvar och organisation	3	7	8
Övrigt	-	-	1
Ärenden totalt*	**38**	**55**	**59**
Klagomål totalt	**73**	**123**	**114**

Klagomål och synpunkter från patient och närstående till IVO

Antalet klagomål och synpunkter från patienter och närstående till IVO var under år 2025 i enlighet med tidigare år.

Tabell 7. Tabellen visar antal klagomål och synpunkter från patienter och närstående till IVO kopplade till S:t Eriks Ögonsjukhus, fördelat över perioden 2020–2025.

Anm. år	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antal (n)	11	10	14	12	10	8

Patienter och anhörigas synpunkter och klagomål på den vård och behandling de får hos oss, är ett värdefullt underlag till vårt förbättringsarbete.

S:t Eriks Ögonsjukhus har ett tydligt fokus i att arbeta med patientsynpunkter och klagomål oavsett vilken väg de inkommer. De klagomål som inkommer till sjukhuset handläggs på respektive enhet där de analyseras och används som underlag i enheternas förbättringsarbete.

Öka riskmedvetenhet och beredskap



S:t Eriks Ögonsjukhus ledningsgrupp har i sina mål och fokus för 2026 lyft fram säker och effektiv vård, där det fortsatta arbetet med kloka kliniska val ingår samt proaktivt arbete med avvikelser och uppfyllandet av mål för kvalitetsindikatorerna. Här framhålls också vikten av förebyggande av ohälsa, behovsstyrd vård genom stark samverkan med patienter, hälso- och sjukvårdsaktörer.

Vi arbetar med att öka vår förmåga att stå emot och hantera förändringar för att göra vården säker, effektiv med god kvalitet.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är strategiskt viktigt och i takt med att sjukhusets verksamhet blir mer högspecialiserad fortsätter satsningen på kompetensutveckling, forskning och undervisning.

Sjukhuset identifierar i sin internkontrollplan en risk som främst berör kompetensförsörjning med utmaningarna att rekrytera den kompetens vi behöver.

Kompetensutveckling sker kontinuerligt inom tex brand och HLR för beredskap när något händer. Vi har lokalt anpassade beredskapshandlingsplaner tex. för relativ hög luftfuktighet/värmebölja och läkemedelsförsörjning.

Kontinuitet och beredskap

System som avbrottsfrikraft och reservkraft samt beredskapslager av kritiska produkter säkerställs. Förutsättningarna för samarbete i beredskapsfrågor har stärkts i och med att S:t Eriks Ögonsjukhus numera ingår i samma akutsjukhusnämnd som regionens övriga akutsjukhus

I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska sjukhuset i egenskap av akutsjukhus upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. En särskild ledning leder arbetet inom sjukhuset om en särskild händelse inträffar, som är så omfattande eller krävande att sjukhusets resurser måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt genom aktivering av katastrofberedskapsplanen. S:t Eriks ögonsjukhus följer Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm.

IT-säkerhet syftar till att skydda sjukhusets tillgångar som IT-infrastruktur, hårdvara och IT-system. IT-säkerhet ingår som en del i sjukhusets verksamhetsskydd och bidrar till att upptäcka och skydda mot hot mot verksamheten.

IT-driften på sjukhuset handhas av lokal IT-avdelning i samarbete med Serviceförvaltningen. Det ger oss en stabil och i grunden säker IT-miljö. Det sker genom att vi har lokal förvaltning av IT-arbetsplats och logiskt nät, utöver lokal förmåga att hantera incidenter.

Fokus för det systematiska brandskyddsarbetet är det förbyggande arbetet för att inga bränder ska uppstå. En viktig del av det förebyggande arbetet består av lokal brandutbildning samt brandskyddskontroller.

KVALITETSINDIKATORER

Metod och datakällor

Uppföljningen baseras på journalgranskning, registerdata, administrativa system samt manuella kontroller. Resultaten följs månadsvis eller kvartalsvis beroende på indikator och används som underlag för verksamhetsledningens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Övergripande resultat

Sammantaget visar resultaten för 2025 en hög måluppfyllelse av kvalitets- och patientsäkerhetsindikatorer vid S:t Eriks Ögonsjukhus. God tillgänglighet, hög följsamhet och låg förekomst avser uppfyllelse av respektive tids-, andels- eller kvalitetsmål enligt indikatorernas definition och fastställda målnivåer.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, fall och trycksår är fortsatt mycket låg, vilket indikerar ett robust och välfungerande förebyggande arbete.

Medianväntetiden till första läkarbedömning har minskat markant och regionens målnivå har uppnåtts, trots ett ökat patientinflöde, medan andelen patienter med vistelsetid under fyra timmar på ögonakuten visar en nedåtgående trend.

För sjukhusspecifika indikatorer, såsom endoftalmit, kataraktkirurgi och läkemedelsordination till barn, uppvisas god följsamhet till riktlinjer och tydliga förbättringar jämfört med föregående år.

Resultaten används aktivt i verksamhetsledningens systematiska kvalitets- och förbättringsarbete och ligger till grund för prioriterade åtgärder och uppföljning inom både sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika områden.

S:t Eriks Ögonsjukhus kvalitetsindikatorer - sjukhusgemensamma

Tabell 8. Tabellen visar utvalda sjukhusgemensamma kvalitetsindikatorer vid S:t Eriks Ögonsjukhus, med tillhörande regionmål samt verksamhetens egna mål.

Område	Kvalitetsindikator	Regionmål	S:t Eriks mål	Resultat 2025	Utveckling över tid	Samlad bedömning
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Andel patienter med VRI som lett till antibiotika-behandling	<4,2 %	Mycket låg förekomst	0 %	Stabil	Målet uppfyllt
Anmälningspliktiga resistenta bakterier	MRSA – korrekt riskbedömning och screening	≥80 %	Hög följsamhet	89 %	Förbättring	Målet uppfyllt
Anmälningspliktiga resistenta bakterier	VRE – korrekt riskbedömning och screening	Redovisa resultat	Hög följsamhet	100 %	Tydlig förbättring	Målet uppfyllt
Anmälningspliktiga resistenta bakterier	ESBL – korrekt riskbedömning och screening	Redovisa resultat	Hög följsamhet	94 %	Stabil	Målet uppfyllt
Anmälningspliktiga resistenta bakterier	ESBLcarba – korrekt riskbedömning och screening	Redovisa resultat	Hög följsamhet	100 %	Förbättring	Målet uppfyllt
Akuta återinskrivningar	Andel patienter ≥80 år som akut återinskrivs inom 7 dagar	≤5,1 %	Låg nivå	2 %	Stabil med mindre variation	Målet uppfyllt
Akut omhändertagande	Vistelsetid <4 h på ögonakuten	≥55 %	God tillgänglighet	84 %	Nedåt-gående	Förbättrings-behov
Akut omhändertagande	Vistelsetid <8 h på ögonakuten, ≥80 år	90 %	God tillgänglighet	100 %	Stabil	Målet uppfyllt
Akut omhändertagande	Medianväntetid till första läkarbedömning, samtliga patienter	50 min	God tillgänglighet	46 min	Positiv utveckling	Målet uppfyllt
Akut omhändertagande	Medianväntetid till första läkarbedömning, patienter ≥80 år	Redovisa resultat	God tillgänglighet	49 min	Positiv utveckling	Målet uppfyllt
Omvårdnad/ säkervård - Fall	Andel patienter som faller under vårdtiden	Redovisa resultat	Minimera fall under vårdtiden	0 %	Förbättring	Målet uppfyllt
Omvårdnad/ säkervård - Trycksår	Andel förvärvade trycksår kat. 2–4	Redovisa resultat	Minimera förekomst av trycksår kat. 2–4	0 %	Stabil	Målet uppfyllt

S:t Eriks Ögonsjukhus kvalitetsindikatorer - sjukhusspecifika

Indikatorerna är lokalt valda utifrån verksamhetens riskbild, specialistuppdrag och patientsäkerhetskritiska processer.

Tabell 9. Tabellen visar S:t Eriks Ögonsjukhus lokalt utvalda kvalitetsindikatorer utifrån verksamhetens risk/profil. Resultat avser utfall under 2025. S:t Eriks mål beskriver önskat tillstånd för respektive indikator och är formulerat utifrån tillgänglighet, följsamhet eller låg förekomst beroende på indikatorns karaktär. Samlad bedömning baseras på måluppfyllelse samt utveckling över tid.

Område	Kvalitetsindikator	Regionmål	S:t Eriks mål	Resultat 2025	Utveckling över tid	Samlad bedömning
Makuladegeneration	Behandling inom 14 dagar från remiss	63 %	God tillgänglighet till behandling	76 %	Stabil jämfört med 2024	Positiv men fortsatt förbättringsbehov
Kataraktkirurgi	Täckningsgrad till Nationella Kataraktregistret	90 %	Fullständig rapportering till NCR (100 %)	90 %	Förbättring	Positiv men fortsatt förbättringsbehov
Endoftalmit	Behandling eller provtagning <6 h	95 %	God tillgänglighet till behandling	100 %	Stabil	Målet uppfyllt
Läkemedel barn (ALB)	Korrekt läkemedelsjournal inför ingrepp	30 %	Säker läkemedels-hantering inför ingrepp	97 %	Tydlig förbättring	Positiv men fortsatt förbättringsbehov

En mer detaljerad redovisning av kvalitetsindikatorernas resultat, analys och uppföljningen beskrivs i bilaga 1.

Nationella kvalitetsregister

S:t Eriks Ögonsjukhus deltar i olika register och vi har registeransvariga personer på sjukhuset. Vi rapporterar med hög täckningsgrad och följer upp våra resultat kontinuerligt.

Syftet med kvalitetsregister är att stimulera kvalitetsförbättring av vården, möjliggöra analys av ovanliga utfall på nationell nivå, utvärdera patientens upplevda nytta samt utveckla och fördjupa kunskap. Ytterligare ett syfte är att utgöra underlag för forskning.

Tabell 10. Tabellen beskriver de register som S:t Eriks Ögonsjukhus rapporterar till.

Register	Innehåll
Nationella kataraktregistret (NCR)	Genomförda kataraktoperationer på S:t Eriks Ögonsjukhus rapporteras till kataraktregistret. Registret innehåller uppgifter om synskärpa, andra ögonsjukdomar, operationens svårighetsgrad, väntetider inför operationen och resultatet av operationen. Vidare finns uppgifter om patientens upplevda nytta som samlats in via frågeformulär före och efter operation.
Barnkataraktregistret (PECARE)	S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver nationell högspecialiserad vård inom barnkatarakt. Uppföljning av de opererade patienterna sker vid ett, två, fem och tio års ålder. Antal ögon med uppföljningsregistreringar ökar och vissa resultat kan nu börja tolkas försiktigt exempelvis att barn som opereras tidigare har en bättre synutveckling vid 5-årsuppföljning.
Svenskt Perioperativt Register (SPOR)	Samtliga operationer som genomförs på sjukhuset rapporteras till SPOR utifrån operationsplaneringssystemet. Registret innehåller uppgifter som registrerats i samband med operation.
Svenska cornearegistret	Samtliga hornhinnetransplantationer rapporteras till det svenska hornhinneregistret. Detta är ett åtgärdsregister som insamlar data om hornhinnetransplantationer, ett synrehabiliterande åtgärd för tillstånd där inga andra behandlingsalternativ återstår. Tvåårsdata utgör slutuppföljningen.
Svenska makularegistret (SMR)	SMR är ett nationellt kvalitetsregister för behandling och uppföljning av ögonsjukdomar med kärlnybildning under makula, vid makuladegeneration, diabetsförändringar i makula samt vid tromboser. Till makularegistret rapporteras alla patienter som får behandling samt kontrollbesök av dessa.
Nyföddhetsretinopati (ROP)-registret (SWEDROP)	S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver nationell högspecialiserad vård inom ROP inkl. undertillstånd för vitreoretinal kirurgi. I SWEDROP rapporteras alla patienter vilka födds förtidigt och undersöks samt behandlas för ROP.
Register för ögontumörer	S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver nationell högspecialiserad vård inom ögononkologi. Patienter med intraokulära tumörer behandlas med brachyterapi (strålbehandling med kort räckvidd) och vi följer upp hur många av dessa patienter som genomgått enukleation (borttagande av ögonbulben) efter ett respektive fem år efter brachyterapin.



Fotograf: Jens Sölvberg

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Målet med god och säker vård är att varje patient och närstående ska känna trygghet, få ett gott bemötande och rätt behandling i rätt tid. Regionens växande befolkning blir äldre och behovet av ögonsjukvård beräknas att öka. Medicinsk innovation, teknik och utveckling ger parallellt nya möjligheter att erbjuda flera patienter vård. Utmaningarna understryker vikten av att prioritera rätt och att fortsätta tillse att kompetens och kapacitet tjänar god vårdkvalitet och patientsäkerhet.

S:t Eriks Ögonsjukhus övergripande mål och fokus 2026 innefattar flera områden:

Stärkt samverkan med patienterna och hälso- och sjukvårdsaktörerna
Med de nya upphandlade ögonsjukvårdsenheterna ritas utbudet av ögonsjukvård delvis om i region Stockholm 2026. S:t Eriks Ögonsjukhus samverkar och bevakar hur denna förändring ska fortsätta att säkra patienternas tillgång till vård på rätt nivå.

Kompetensförsörjningen ska vara hållbar
Med bibehållen kompetens på plats kan S:t Eriks Ögonsjukhus fortsätta erbjuda hög vårdkvalitet under 2026 och i framtiden.

Verksamheterna erbjuder vård i rätt tid med största möjliga patientnytta
Vårdgarantin ska upprätthållas och vårdbesöken ska vara behovsstyrda och i rätt tid.

S:t Eriks Ögonsjukhus främjar forskning, innovation och samarbeten

Med blicken framåt och mot omvärlden kan kvaliteten i sjukhusets verksamheter upprätthållas och utvecklas. Sjukhuset planerar att under 2026 etablera ett Kliniskt forskningscentrum med målet att stärka och förenkla genomförandet av kliniska studier inom oftalmologi.

Vården ska vara säker, ändamålsenlig och av god kvalitet
Fortlöpande ska nyttan med vårdnära åtgärder att utvärderas utifrån principen ”kloka kliniska val”. I syfte att lära och ständigt förbättra vården ska vi arbeta proaktivt med uppkomna avvikelser. Avvikelserapportering uppmuntras och analyserna ger möjlighet att förbättra vården. Kvalitetsindikatorernas mål bidrar till att skapa värdeskapande handfasta mått för verksamheterna. Kvalitetsindikatorernas målformuleringar och nivåer för 2026 finns i bilaga 2.

Patientsäkerhetsstrategier år 2026

Område	Delområde	Aktivitet /Beskrivning
Grundläggande förutsättningar för säker vård	**Engagerad ledning och tydlig styrning**	Vi verkar för en god och säker vård där vi anpassar oss till ändrade förutsättningar för en patientsäker, högkvalitativ och effektiv vård. Vi arbetar för en tydlig organisation kring patientsäkerhet, och att patientsäkerhet ska vara en återkommande punkt på våra möten i alla delar av organisationen.
	En god säkerhetskultur	Lärandet står i fokus efter utredningar av avvikelser, för att undvika att händelsen upprepas. Vi skapar forum där identifierade risker, inträffade vårdavvikelser och resultatet av händelseanalyser diskuteras för att skapa en hög riskmedvetenhet och lärande hos alla medarbetare.
	Adekvat kunskap och kompetens	Vi strävar efter att fler chefer och medarbetare genomför Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning Säker vård. Vi jobbar aktivt för att sjukvårdspersonal ska genomgå utbildning i hjärt- och lungräddning en gång per år samt att all administrativ personal vartannat år.
	Patienten som medskapare	Vi involverar och gör patienterna delaktiga i sin egen vård. Genom deltagande i utredningar vid avvikelser och händelser samt vid förbättringsarbete kan vi öka patientdelaktigheten.
Fokusområde	**Öka kunskap om inträffade vårdskador**	Vi säkerställer högkvalitativa utredningar vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Vi drar lärdomar av händelserna samt genomför åtgärder som eliminerar eller minskar risken för att en liknande händelse inträffar igen.
	Tillförlitliga och säkra system och processer	Vi följer basala kläd-och hygienrutiner genom kontinuitet, tydlig återkoppling och praktiskt stöd. Genom utbildning, observationer och synliggörande av resultat initieras förbättringsområde för att säkra vården.
	Säker vård här och nu.	Vi arbetar för att genomföra flera riskanalyser, särskilt nära verksamheterna genom att utbilda fler medarbetare i riskanalys.
	Stärka analys, lärande och utveckling.	Vi lär och förbättrar ständigt vården genom att arbeta proaktivt med uppkomna avvikelser. Avvikelserapportering uppmuntras och analyserna ger möjlighet att förbättra vården. Vi tar tillvara de klagomål och synpunkter som inkommer till sjukhuset, analyserar och använder dem som underlag i förbättringsarbete.
	Öka riskmedvetenhet och beredskap	Vi arbetar med att öka vår förmåga att stå emot och hantera förändringar för att göra vården säker, effektiv med god kvalitet genom bland annat god kompetensförsörjning, utbildningsinsatser och arbete med katastrofberedskaps- och handlingsplaner.

Kvalitetsindikatorer 2026

Nr	Område	Indikator	Minimi-nivå 2026	Mål-nivå 2026	Resultat 2025
1	Makula	Andel patienter som har fått tid inom 14 dagar till första besök, procent (%)	50%	65%	76%
2	Katarakt	Täckningsgrad av patienter som opererats för katarakt på S:t Erik och rapporteras till Nationella Kataraktregistret, procent (%)	80%	90%	90%
3	Postoperativa infektioner Endoftalmit	Provtagning/behandling ska ske inom sex timmar från första läkarkontakt på S:t Erik vid misstänkt endoftalmit, procent (%)	90%	95%	100%
4	Läkemedel	Andelen barn som blivit opererade på Astrid Lindgrens barnsjukhus av ögonläkare från S:t Erik och har korrekt ordination av ögondroppar i TakeCare, procent (%)	60%	80%	97%
4a	Generella Vårdrelaterade infektioner	Infektion som bedöms som vårdrelaterad och där patienten sätts in på antibiotika vid inskrivning eller under pågående vårdtillfälle, andel, procent (%)		≤4,0 %	0%
4b	Generella Anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB)	Andel patienter med risk för MRSA som är korrekt hanterade enligt gällande vårdprogram, procent (%)	Redovisa resultat		89%
5	Generella Akut återinskrivning	Akuta återinskrivningar inom 7 dgr, 80 år och äldre, andel, procent	Redovisa resultat		2%
6	Akut omhändertagande Vistelsetid	Akutmottagning vuxna, andel patienter med vistelsetid ≤4 tim	36%	≥55%	84%
		Akutmottagning vuxna, andel patienter >80 år med vistelsetid ≤8 tim, procent	60%	90%	100%
	Akut omhändertagande Medianväntetid	Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning, minuter	87 min	50 min	46 min
		Akutmottagning vuxna, medianväntetid till första läkarbedömning. Patienter >80 år, minuter	Redovisa resultat		49 min
7	Omvårdnad/ säker vård Säkerhetskultur	HSE-index (Hållbart säkerhetsengagemang)	Redovisa resultat		70,2
8	Omvårdnad/ säker vård Patientnöjdhet	Andel patienter som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionen: information, procent (%) Öppenvård/ Slutenvård	Redovisa resultat		86%/ 89%
		Andel patienter som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionen: delaktighet, procent (%) Öppenvård/ Slutenvård	Redovisa resultat		89% /88%
		Andel patienter som svarat nöjd/mycket nöjd inom dimensionen: helhetsintryck, procent (%) Öppenvård/ Slutenvård	Redovisa resultat		86% /89%
9a	Omvårdnad/ säker vård Trycksår	Andel patienter som förvärvat trycksår kat 2-4 under aktuellt vårdtillfälle. Avser patienter som vårdats 24 timmar eller längre (SLV).	Redovisa resultat		0%
9b	Omvårdnad/ säker vård Fall	Andel patienter som faller under aktuellt vårdtillfälle – med och utan skada (SLV)	Redovisa resultat		0%

Bilagor

Bilaga 1. Redovisning av kvalitetsindikatorerna

Bilaga 2. Strålskyddsverksamheten vid S:t Eriks Ögonsjukhus