

Patientsäkerhetsberättelse för privata vårdgivare 2025

2025

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning.....	4
2 Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	4
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2.1.1 Övergripande mål och strategier.....	4
2.1.2 Organisation och ansvar.....	4
2.2 En god säkerhetskultur.....	4
2.3 Adekvat kunskap och kompetens.....	5
2.4 Patienten som medskapare.....	5
3 Agera för säker vård.....	6
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	6
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	7
3.3 Säker vård här och nu.....	7
3.3.1 Riskhantering.....	7
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling.....	8
3.4.1 Avvikelse.....	8
3.4.2 Händelseanalys.....	8
3.4.3 Klagomål och synpunkter.....	8
4 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	8

1 Sammanfattning

Under 2025 har vi fortsatt 4 kliniker i 4 olika regioner. Vi uppmuntrar personalen att skriva förbättringsförslag, risker och eventuella avvikelser i vårt ledningssystem. Vi har under året haft 38 ärenden som vi hanterat, åtgärdat och följt upp. Detta har bidragit till förbättring av rutiner och processer och därmed patientsäkerheten.

2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

Våra mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet är att:

- Undvika vårdskador
- Vara uppmärksamma på ev risker och minska/undanröja dessa risker
- Se till att vi har goda rutiner och processer som gör att vi arbetar strukturerat, standardiserat och planerat.
- Se till att vi använder samma rutiner och processer på alla våra kliniker för att säkerställa ”best practice”.
- Uppmuntra personalen att skriva fler avvikelser/utvecklingsförslag för att kontinuerligt förbättra oss.

2.1.2 Organisation och ansvar

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

All personal på klinikerna är ansvariga för att föra vidare synpunkter och klagomål.

Verksamhetschefen ansvarar för att synpunkter och klagomål hanteras och att vi, vid behov, ändrar våra arbetsätt så att inga vårdskador uppstår.

Vi tar upp avvikelser på våra månatliga klinikmöten då all personal närvarar. Vi diskuterar åtgärder eller går igenom nya rutiner som beslutats för att undvika liknande händelser framöver.

Vi informerar på våra olika kliniker om avvikelserna på övriga kliniker så att åtgärder/rutiner vidtas för hela koncernen samtidigt. Detta sker med fördel via vårt ledningssystem i form av uppdaterade rutiner.

2.2 En god säkerhetskultur

Optalmica ska som företag ha värderingar som upprätthåller och främjar en god säkerhetskultur inom hela organisationen. Vi ska visa att vi förhåller oss till risk och säkerhet på ett professionellt och seriöst sätt genom att t.ex. alltid uppmuntra synpunkter och förbättringsförslag.

Under 2024 tog vi fram en tydlig modell för våra värdeord, Optalmicas Värdeblomma. Denna är känd av alla i organisationen och detta är basen för hur vi ska vara och agera. Vi har under 2025 strukturerat upp underlag för medarbetarsamtal och lönesamtal baserat på dessa värderingar.

Vi lägger oss vinn om att anställa "rätt" personer. De ska ha god kompetens, lämpliga egenskaper och ha förmåga att arbeta ur ett patientsäkert perspektiv. Ledningen för Optalmica ska skapa rätt förutsättningar för personalen att agera säkert. Det ska vara lagom mycket krav och tid för reflektion och återhämtning. Vår personal ska vilja och våga bidra med sitt kunnande.

Vi följer upp upplevt engagemang, upplevda förutsättningar etc. regelbundet i medarbetarenkät i form av pulsmätningar via Flourish varje månad. Ledningen kan då snabbt agera om något försämras eller ligger dåligt i upplevt värde.

2.3 Adekvat kunskap och kompetens

Våra rutiner är ständigt under utvärdering för att vara säkra på att vi arbetar på bästa och säkraste sätt.

Vår personal deltar regelbundet i utbildningar. Några exempel är att vi skickar någon från varje klinik på Hygiendagarna varje år. Deltagarna ska delge relevant information till övriga kollegor, vilket sker på såväl klinikmöten som vår koncerngemensamma konferens. Vi skickar även personal på utbildningar inom ögonsjukvård i olika former som erbjuds.

Verksamhetscheferna har tidigare erfarenhet och utbildning i såväl patientsäkerhetsarbete, riskanalysarbete, händelseanalysarbete och avvikelshantering, Vi skickar våra chefer på kontinuerlig fortbildning inom ledarskap och arbetsmiljö för att främja patientsäkerhetskulturen på klinikerna.

Vi bemannar varje klinik med den kompetens som krävs för respektive funktion. När vi lägger schema på respektive klinik bemannar vi med den kompetens som krävs på respektive position. Vi har en medarbetargrupp med bred kompetens, utbildning och erfarenhet. Vi ställer höga krav på de läkare vi anlitar inom våra uppdrag.

En viktig del för oss är telefonrådgivning. Vi utbildar kontinuerligt den personal som bemannar våra telefoner och har även skriftliga rutiner för vilka frågor som ska ställas och vad som anses akut etc.

2.4 Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Här tänker vi att vår "värdeblomma" med våra värdeord/värderingar ska hjälpa och stötta på ett tydligt sätt i patientmötet.

Vi märker tydligt att när patienten är välinformerad ges den möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar och vården blir säkrare, behandlingsinstruktionerna följs och patienten blir mer nöjd.

Vi utvecklar ständigt våra patientinformations-broschyrer. Vi märker att om patienten läst på i broschyren om hur gråstarrsoperationen går till, är hen ofta lugnare och mindre orolig. Vår

information postoperativt ges både muntligt och skriftligt för att i största möjliga mån säkerställa att patienterna följer de förhållningsorder vi ger. Detta för att minska risken för infektioner och andra komplikationer.

Vi är positiva till synpunkter från patienter och anhöriga och tar dem på största allvar. Om det är någon negativ feedback vi får diskuterar vi det i personalgruppen och vid behov gör vi även en avvikelse som delas med hela organisationen.

Vi pratar om, och jobbar mycket med, bemötande-frågor. Vi lägger stor vikt vid att vi ska ha ett mycket gott bemötande. Detta är ett tydligt fokusområde från ledningen och något vi pratar mycket om det på våra träffar och konferenser.

3 Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Vi har ett avvikelssystem där händelsen beskrivs samt vilken åtgärd som tagits akut. Man ska även fylla i förslag för att detta inte ska hända igen. Allt diskuteras på ledningsgruppsmöten och klinikmöten och om ny rutin/nytt arbetssätt pga händelsen vidtagits, ska detta snarast implementeras på alla våra kliniker och tydligt datum för deadline anges för detta.

Vi följer upp våra verksamheter genom att följa upp data i kataraktregistret. Här jämförs våra kliniker med andra kliniker inom respektive region samt nationellt.

Vår medicinskt ansvarige läkare granskar regelbundet journaler för att säkerställa att alla våra läkare håller god kvalitet.

Vi går löpande igenom våra rutiner och processer och förfinar/förbättrar dem. Vi välkomnar som organisation och chefer förbättringsförslag från medarbetare och utvärderar i princip alla sådana.

Vi inhämtar och tar del av goda exempel inom regionernas riktlinjer och ledningssystem, vårdhandboken och SKR för att säkerställa våra egna rutiner och inspirera utvecklingsarbetet.

Vi har inte haft någon allvarlig vårdskada under 2025.

Avvikelse som rapporterats är mer av art där vi i vissa fall uppdaterat våra rutiner, gjort ny rutin, för att underlätta arbetet, undvika att saker missas (som t.ex. receptskrivning, remissvar...) och därmed göra det bättre för patienterna i slutändan.

Några saker vi åtgärdat under året är:

- Blivit ännu noggrannare med att tydligt dokumentera åtgärder vi vidtagit efter varje

- avvikelser/förbättringsförslag.
- Jobbar vidare med vårt Ledningssystem och det är nu det enda stället där alla kan se rutiner och processer, så ingen risk att någon tittar på fel.
- Påtalar hela tiden vikten av att skriva avvikelser/förbättringsförslag men det har varit färre under 2025 än under 2024.

3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

En av de viktigaste aspekterna när det gäller säkerhet för våra patienter är efterlevnad av de behandlingar vi sätter in. Detta gäller läkemedel för behandling av exempelvis glaukom. Vi informerar om vikten, bokar återbesök enligt nationella riktlinjer och säkerställer efter bästa förmåga att patienten förstått vikten av behandlingen samt hur och när ögondropparna ska tas.

När det gäller postoperativ behandling efter kataraktoperation/linsbyte har vi en dedikerad person varje operationsdag som i lugn och ro informerar patienten om förhållningsorder samt behandlande ögondroppar. Vi ger även informationen skriftligt och vi utvärderar ofta så att den skriftliga informationen är lätt att förstå och så kortfattad som möjligt för att ändå få med allt som är viktigt.

Vi har rutiner för hygien och klädregler och dessa följer nationella sådana för exempelvis operationsverksamhet.

3.3 Säker vård här och nu

3.3.1 Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vi uppmantrar vår personal att rapportera in risker i avvikelssystemet. Det kan vara något som "nästan" hände och hur vi kan undvika att det händer skarpt. Detta hanteras internt som en avvikelse med genomgång av förslag på ny rutin eller nytt arbetssätt för att undvika risken.

Som även nämnts i ovan punkter är viktiga delar för oss att lägga oss vinn om att patienten verkligen förstår vikten av sin behandling, oftast medicinsk sådan. Att patienten förstår hur och varför behandling ska ske för att på så sätt säkerställa compliance. Detta är A och O för ett lyckat slutresultat när det gäller kataraktoperationer och A och O för kroniska sjukdomar som t.ex. glaukom. Det gäller även vilka förhållningsregler som är viktiga efter en ögonoperation för bästa möjliga resultat och minsta möjliga infektionsrisk etc.

Våra ögonkliniker är även väldigt teknikintensiva och det är viktigt att vår utrustning fungerar korrekt. Vi ska kalibrera enligt, från leverantören, givet schema och dokumentera detta (exempel är de tester vi gör varje morgon av våra autoklaver för att säkerställa att de fungerar som de ska).

Vi upplever att vi bedriver en säker vård. Vi har goda rutiner och processer. Vi utvärderar

dessa löpande. Vi har ett ledningssystem som vi ständigt utvecklar som alla medarbetare arbetar efter.

3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

3.4.1 Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsesystemet är integrerat i vårt ledningssystem och lättillgängligt för var och en inom organisationen. Det ska vara lätt att göra en avvikelserapportering. Det ska inte vara krångligt och svårt. Den feedback vi får av medarbetarna är också att det är enkelt.

Det är bra och viktigt att ha allt samlat, om inte annat för att verkligen se vad vi har tagit för åtgärder under året och kunna visa alla på den verksamhetsutveckling som sker med mål att alltid göra saker ännu bättre för våra patienter i slutändan.

Vi rapporterar till kataraktregistret och får rapporter därifrån varje månad. Här kan vi jämföra våra egna resultat med regionens och rikets. Vi analyserar dessa noga och säkerställer att vi ligger bra till. Om något skulle sticka ut utreder vi vad det beror på.

Vi följer även upp eventuella endoftalmiter noga. Under 2025 hade vi ingen sådan på Optalmica Ögonkliniker.

3.4.2 Händelseanalys

Se hur vi arbetar med detta i framför allt punkterna 3.4.1 och 3.4.3

3.4.3 Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter är värdefulla bidrag till det ständiga förbättringsarbetet. Vid klagomål utreder vi vad som hänt och skriver en avvikelse i vårt interna avvikelsesystem. Vi vidtar åtgärder för att det inte ska inträffa igen, därpå återkommer vi med återkoppling på det klagomål eller synpunkt som lämnats.

De ärenden vi fått in och utrett under 2025 är 5 stycken från PaN, 5 stycken från LöF och 1 stycken från IVO till Optalmica-koncernen. Samtliga avser patienternas synpunkter och frågeställningar till komplikationer som inträffat i samband med ögonkirurgi, ibland inklusive att de upplevt att de inte fått tillräcklig information från oss på plats. Ingen av dessa fall ledde till allvarlig skada.

Dock har vi på grund av ovan gjort avvikelser och pratat om hur otroligt viktigt det är med bemötande vid exempelvis en komplikation under operationen. Komplikationer kan hända. Bemötandet i hanteringen efteråt är av största vikt för patientupplevelsen och här ska vi inte ha klagomål!

4 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Vi ska bli ännu bättre på att rapportera in avvikelser i vårt avvikelsesystem. Vi ska ha fler rapporteringar under 2026, än de 38 vi hade under 2025. Det ska bli lättare för var och en och det ska även kunna gälla förbättringsförslag och åtgärder som behöver vidtas för att undvika risker.

Vi ska fortsatt bli tydligare med vilka justeringar vi vidtagit i rutiner och processer utifrån de

inrapporterade ärendena så det blir tydligt i avvikelserapporterna.

Vi ska fortsätta använda, och ständigt utveckla, vårt ledningssystem när det gäller processer och rutiner.

Vi ska arbeta utefter våra värdeord när det gäller både patienter och medarbetare. Bland annat ska alla i medarbetarsamtal svara på hur man hanterar om man upptäcker att någon rutin/process saknas eller behöver förändras samt hur aktiv man är i att skriva avvikelser/förbättringsförslag/riskanalyser.

Vi kommer under 2026 att i princip fördubbla koncernens patientbesök då vi vunnit en stor upphandling i Region Stockholm. Det känns bra att vi har så mycket på plats när det gäller vårt ledningssystem samt vår värdeblomma (med värdeord) och allt vad det innebär. Det känns tryggt och enkelt att få in nya medarbetare i systemet och det bör vara lätt för dem alla att arbeta enligt våra redan uppsatta rutiner, strukturer och riktlinjer.