

Patientsäkerhetsberättelse 2025

The Health Clinic Stockholm AB

Verksamhetsår: 1 januari 2025 – 31 december 2025

Upprättad: 28 februari 2026

Upprättad av: Dr. Aydin Tajeri, verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare

Dokumentägare: The Health Clinic Stockholm AB, org.nr 559385-2618

Om denna berättelse. Denna patientsäkerhetsberättelse är upprättad i enlighet med 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9. Berättelsen är offentlig och finns tillgänglig på klinikens webbplats.

Innehåll

1. Sammanfattning
2. Verksamhetsbeskrivning
3. Övergripande mål och strategier 2025
4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten
5. Struktur för uppföljning och utvärdering
6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits
7. Samverkan för att förebygga vårdskador
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
9. Klagomål och synpunkter
10. Sammanställning och analys av avvikelser
11. Resultat 2025
12. Övergripande mål och strategier 2026

1. Sammanfattning

Under 2025 har The Health Clinic Stockholm bedrivit privat hälso- och sjukvård inom specialistmedicinsk öppenvård vid mottagningen på Kungstensgatan 2, Stockholm. Verksamheten är registrerad i Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) vårdgivarregister.

Under året har 933 patientbesök genomförts. Ingen Lex Maria-anmälan har gjorts och ingen bestående vårdskada har inträffat vid kliniken under året.

Verksamheten har utvecklat och förstärkt sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genom ett nytt avvikelssystem, införande av standardiserade avvikelseformulär, regelbunden uppföljning och tydligare ledningsrutiner. Under 2025 har totalt cirka 26 avvikelser rapporterats och utretts – en markant ökning jämfört med föregående år, vilket bedöms spegla en förbättrad rapporteringskultur snarare än försämrad patientsäkerhet.

En personuppgiftsincident i september 2025 rörande utlämnande av medicinskt underlag till ett försäkringsbolag har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) i enlighet med GDPR artikel 33. IMY har bedömt ärendet och meddelat att myndigheten inte går vidare med ytterligare utredning. Patienten samt det mottagande försäkringsbolaget har informerats. Korrigerande och förebyggande åtgärder har vidtagits och beskrivs i avsnitt 6.3.

Inga vårdrelaterade infektioner har rapporterats under 2025. Läkemedelshanteringen har fungerat utan avvikelser.

2. Verksamhetsbeskrivning

Vårdgivare: The Health Clinic Stockholm AB, org.nr 559385-2618.

Adress: Kungstengatan 2, 114 25 Stockholm.

Verksamhetstyp: Hälso- och sjukvårdsinrättning – privat specialistmottagning inom öppenvård.

Registrering: Anmäld till IVO:s vårdgivarregister enligt 2 kap. patientsäkerhetslagen.

Verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare: Dr. Aydin Tajeri, specialist i internmedicin.

Operations Director: Paola Magnusson.

2.1 Tjänster

Kliniken erbjuder internmedicinsk specialistbedömning, omfattande hälsoundersökningar (Health Baseline, Health 360, Health Optimize), konciiergevård (Concierge Health), vikttnedgångsprogram (Signature WeightCare), telemedicin via Direkthälsa samt samarbete med utvalda subspecialister. Kliniken har direktfaktureringsavtal med flera internationella sjukvårdsförsäkringsbolag och samarbetsavtal med ambassader för diplomatisk vård.

2.2 Patientvolym 2025

Under 2025 genomfördes 933 patientbesök vid mottagningen. Besöken fördelade sig på nybesök, återbesök, hälsoundersökningar, digitala konsultationer och medlemsbesök inom Concierge Health-programmet.

2.3 Personal

Verksamheten har under 2025 haft cirka 16 medarbetare:

- 12 legitimerade specialistläkare inom olika medicinska specialiteter (inklusive anknutna konsulter)
- 3 administrativa medarbetare (operations, patientkoordination, ekonomi och försäkringsrelationer)
- 1 undersköterska

Samtliga legitimerade medarbetare har svensk legitimation utfärdad av Socialstyrelsen och är registrerade i HoSp-registret.

2.4 Lagstiftning och ramverk

Verksamheten bedrivs enligt:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Patientskadelagen (1996:799)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring (HSLF-FS 2016:40)
- EU:s dataskyddsförordning (GDPR, 2016/679)

3. Övergripande mål och strategier 2025

Inför verksamhetsåret 2025 fastställdes följande övergripande mål för patientsäkerhet och kvalitet:

- Införa ett strukturerat avvikelssystem med digital rapportering och systematisk uppföljning.
- Säkerställa att samtliga patienter registreras korrekt i journalsystemet (Webdoc) och kalender innan besök.
- Dokumentera samtycke för samtlig utlämnande av journaluppgifter till försäkringsbolag och tredje part.
- Säkerställa att remisser och medicinska dokument signeras inom rimlig tid.
- Bibehålla noll Lex Maria-anmälningar och noll vårdrelaterade infektioner.
- Förstärka utbildning i sekretess, GDPR och hygien för all personal.

4. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Vårdgivaren, The Health Clinic Stockholm AB, har det övergripande ansvaret för verksamheten enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Ansvaret omfattar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls.

4.1 Verksamhetschef

Dr. Aydin Tajeri är utsedd verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen och medicinskt ansvarig läkare. Verksamhetschefen ansvarar för:

- Det övergripande ansvaret för verksamheten och den medicinska kvaliteten.
- Ledning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Beslut om Lex Maria-anmälan och övriga externa rapporter till tillsynsmyndigheter.
- Godkännande av rutiner, instruktioner och schemaläggning.

4.2 Operations Director

Paola Magnusson ansvarar för det dagliga operativa arbetet, inklusive:

- Avvikelsehantering – mottagande, registrering, uppföljning och återkoppling.
- Administrativa rutiner i reception, bokning och kalenderhantering.
- Uppföljning av hygienrutiner och städprotokoll.
- Personalsamordning och intern kommunikation.

4.3 Hälso- och sjukvårdspersonal

Samtlig legitimerad personal har ett individuellt ansvar enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen för att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

5. Struktur för uppföljning och utvärdering

Verksamheten tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet omfattar processer och rutiner för att:

- Identifiera, analysera och reducera risker i verksamheten.
- Ta emot, utreda och åtgärda avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Följa upp att rutiner tillämpas och ger avsedd effekt.
- Dokumentera och kommunicera förbättringsåtgärder.

5.1 Uppföljningsfrekvens

Följande uppföljningsrutiner tillämpas:

- **Dagliga avstämningar** – Operations Director genomför daglig kontroll av bokningar, registrering i Webdoc, och betalningsstatus.
- **Veckovis genomgång** – veckomöten där öppna avvikelser, remissflöde och osignerade journaler går igenom.

- **Månatlig ledningsgenomgång** – verksamhetschef och Operations Director gör en samlad genomgång av patientsäkerhetsarbetet.
- **Årlig verksamhetsrapport** – denna patientsäkerhetsberättelse upprättas senast 1 mars varje år.

6. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

6.1 Riskanalys

Under 2025 har verksamheten arbetat strukturerat med att identifiera risker inom följande områden:

- Administrativa rutiner (bokning, patientregistrering, kalenderhantering i Webdoc och CRM).
- Informationshantering och utlämnande av journaluppgifter till tredje part, särskilt försäkringsbolag.
- Dokumentation och journalföring – signering av journalanteckningar, remisser och provsvar inom rimlig tid.
- Remissflöde och återkoppling av provsvar till patient.
- Hygien och städrutiner i patientnära miljö.

Identifierade risker har hanterats genom förebyggande åtgärder – införande av obligatoriska fält i Webdoc, checklistor, dubbelkontroller samt tydligare ansvarsfördelning mellan roller.

6.2 Utredning av händelser – vårdskador

Inga Lex Maria-anmälningar har gjorts under 2025. Inga händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada har identifierats. Samtliga avvikelser under året har bedömts som lindriga eller medelsvåra och har hanterats inom ramen för det interna avvikelssystemet.

Verksamhetschefen ansvarar för bedömning enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen av om en händelse ska anmälas till IVO enligt Lex Maria-rutinen. Bedömningen görs utifrån:

- Om patienten drabbats av bestående skada som inte är ringa.
- Om patienten drabbats av ett väsentligt ökat behov av vård.
- Om patienten avlidit.

Ingen händelse under 2025 har uppfyllt dessa kriterier.

6.3 Informationssäkerhet och GDPR

Verksamheten har under 2025 stärkt sitt arbete med informationssäkerhet och dataskydd. Följande rutiner är införda eller har uppdaterats under året:

- Rollbaserad åtkomst till journalsystemet Webdoc – endast vårdpersonal som är involverad i patientens vård har åtkomst.
- Samtlig åtkomst till journal loggas och kan följas upp.

- Uppdaterat samtyckesformulär för försäkringsärenden har införts under 2025.
- Ny rutin för utlämnande av medicinskt underlag till försäkringsbolag, med krav på dokumenterat skriftligt samtycke innan utlämnande.
- Utbildning till berörd administrativ personal om tystnadsplikt, samtycke och GDPR.

Personuppgiftsincident september 2025

Den 24 september 2025 uppmärksammades att medicinskt underlag avseende en patient hade skickats till försäkringsbolaget Cigna utan att dokumenterat skriftligt samtycke var sparad i journalsystemet vid tidpunkten för utlämnandet. Muntlig information hade tidigare lämnats till patienten i samband med uppstart av direktfakturerings.

Händelsen bedömdes som en möjlig personuppgiftsincident enligt GDPR artikel 33. Följande åtgärder vidtogs:

- **Anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)** i enlighet med GDPR artikel 33. IMY har efter sin bedömning meddelat att myndigheten inte går vidare med ytterligare utredning.
- **Information till patienten** om incidenten och vidtagna åtgärder.
- **Information till mottagaren (Cigna)** om den bristande dokumentationen av samtycke.
- **Orsaksanalys enligt MTO-modellen** (Människa, Teknik, Organisation) – administrativ miss i att säkra skriftligt samtycke innan utlämnande, kombinerat med avsaknad av obligatoriskt kontrollsteg i Webdoc.
- **Införd obligatorisk process** för försäkringsutlämnande: skriftligt samtycke/fullmakt krävs och måste vara sparad i Webdoc innan utlämnande sker. Endast relevant underlag lämnas ut (uppgiftsminimering enligt GDPR).
- **Checklista och dubbelkontroll** – administratör förbereder, verksamhetschef godkänner innan utskick. Utlämnanden loggförs med datum, mottagare, ändamål, rättslig grund och godkännare.
- **Utbildning** av berörd administrativ personal kring tystnadsplikt, samtycke och incidentrutiner, med signerad bekräftelse.
- **Systemstöd i Webdoc** – obligatoriskt fält för samtycke/fullmakt införs innan dokument kan markeras som skickat till försäkringsbolag. Standardmall för medicinsk sammanfattning för försäkringsärende har införts.

Uppföljning sker genom stickprovskontroll av fem slumpmässiga försäkringsärenden per kvartal.

6.4 Hygien och vårdrelaterade infektioner

Inga vårdrelaterade infektioner har rapporterats vid kliniken under 2025.

Verksamheten tillämpar grundläggande hygienrutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Rutiner omfattar:

- Handdesinfektion före och efter patientkontakt.

- Användning av skyddshandskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor.
- Användning av klinikens arbetskläder (scrubs) för all klinisk personal.
- Daglig rengöring av undersökningsrum och patientnära ytor.
- Veckovis djupstädning (deep cleaning) enligt städprotokoll – från december 2025 med dokumenterad checklista och signering.

Under 2025 identifierades en avvikelse där veckovis djupstädning inte alltid dokumenterats. Åtgärd: obligatorisk signerad checklista för deep cleaning har införts från och med december 2025, med månatlig uppföljning av ansvarig chef.

6.5 Läkemedelshantering

Inga avvikelser inom läkemedelshantering har rapporterats under 2025.

Klinikens verksamhet är primärt konsultativ och hanterar endast begränsade mängder läkemedel för provtagning och akutberedskap. Rutiner för förvaring, hållbarhetskontroll och dokumentation följer Läkemedelsverkets riktlinjer.

6.6 Dokumentation och journalföring

Journalföring sker i Webdoc i enlighet med patientdatalagen (2008:355) och HSLF-FS 2016:40. Under 2025 har flera avvikelser identifierats som rör administrativa brister i dokumentation:

- Ofullständig patientregistrering i Webdoc vid nybesök.
- Anamnes och besöksorsak har i enstaka fall saknats i journal inför besök.
- Ofullständiga kontaktuppgifter i Webdoc.
- Remisser har i enstaka fall inte färdigställts innan de lämnats till administration.

Åtgärder som införts under 2025:

- Obligatorisk registrering i kalender och Webdoc vid bokningstillfället, med dubbelkontroll av administrativ personal vid dagens start.
- Checklista inför varje besök – anamnes och besöksorsak ska dokumenteras innan patienten tas in till läkare.
- Obligatorisk kontrollruta i bokningsflödet: "Alla kontaktuppgifter verifierade".
- Ny rutin för remissshantering: ingen remiss får lämnas till administration innan den är fullständigt skapad och signerad i Webdoc.

Pågående ärende: osignerade journalanteckningar (F28261)

Vid intern genomgång den 28 februari 2026 konstaterades att ett flertal journalanteckningar från januari 2026 och framåt inte signerats inom rimlig tid hos en av klinikens läkare. Ärendet har registrerats som avvikelse F28261 och hanteras enligt pågående CAPA-plan med formell tillsägelse till berörd läkare, tidsfrist på fem arbetsdagar för full signering, samt införande av rutin om 48-timmarskrav för signering med veckovis kontroll. Ärendet avrapporteras i Patientsäkerhetsberättelsen för verksamhetsåret 2026.

6.7 Kompetensförsörjning och utbildning

Under 2025 har följande kompetens- och utbildningsinsatser genomförts:

- Intern genomgång av rutiner kring sekretess, tystnadsplikt och GDPR för all personal.
- Riktad utbildning för administrativ personal om samtycke och utlämnande av journaluppgifter till försäkringsbolag, med signerad bekräftelse.
- Genomgång av basala hygienrutiner och städprotokoll.
- Introduktion av nyanställda med strukturerad onboarding enligt intern rutin.

Samtliga legitimerade läkare ansvarar själva för att upprätthålla sin specialistkompetens genom kontinuerlig professionell utveckling (CPD) enligt Socialstyrelsens allmänna råd.

7. Samverkan för att förebygga vårdskador

Kliniken samverkar med externa aktörer för att säkerställa kontinuitet och patientsäkerhet:

- **Unilabs** – extern leverantör för radiologi och bildiagnostik. Remisser skickas enligt fastställd rutin.
- **Akrediterade laboratorier** – för utvidgad provtagning och analyser.
- **Öronkliniken Stockholm och andra specialistsamarbeten** – formella samarbetsavtal för remiss till specialiserad vård som inte bedrivs vid kliniken.
- **Internationella försäkringsbolag** – direktfaktureringsavtal med flera auktoriserade internationella sjukvårdsförsäkringsbolag.
- **Ambassader och diplomatiska representationer** – avtalsbaserade vårdprogram för diplomatisk personal.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

All hälso- och sjukvårdspersonal har enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada till vårdgivaren.

Under 2025 har ett förstärkt avvikelssystem införts för att göra rapporteringen enkel och säker för all personal:

- Digitalt avvikelseformulär via SharePoint, tillgängligt för all personal.
- Standardiserad mall för avvikelserapportering.
- Möjlighet till anonym rapportering.
- Återkoppling till rapportören om vidtagna åtgärder.

Det förstärkta systemet bedöms ha bidragit till den ökade rapporteringsfrekvensen under 2025, vilket betraktas som ett positivt tecken på god säkerhetskultur.

9. Klagomål och synpunkter

Verksamheten tar emot klagomål och synpunkter från patienter enligt 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen via e-post (info@healthclinic.se), telefon (08-733 33 44) samt Google Reviews. Klagomål dokumenteras och besvaras inom fyra veckor.

Under 2025 har inga formella klagomål inkommit till IVO. De synpunkter och klagomål som inkommit direkt till kliniken har huvudsakligen rört administrativa frågor (bokning, prisinformation, betalning) och har hanterats inom ramen för kliniken avvikelsesystem.

En rutin för daglig uppföljning av Google Reviews har införts under 2025, med krav på svar inom 48 timmar på inkommande recensioner.

Patienter informeras i kliniken villkor och policyer om möjligheten att vända sig till IVO om de inte är nöjda med kliniken hantering av klagomålet.

10. Sammanställning och analys av avvikelser

Under 2025 har totalt cirka 26 avvikelser rapporterats och utretts vid The Health Clinic Stockholm. Detta är en markant ökning jämfört med föregående år och bedöms spegla ett förstärkt avvikelsesystem och förbättrad rapporteringskultur.

10.1 Fördelning per kategori

Kategori	Antal	Andel
Administrativa rutiner (bokning, CRM, registrering)	~12	46 %
GDPR, sekretess och samtycke	3	12 %
Ekonomi och fakturering	3	12 %
Arbetsmiljö och bemötande	3	12 %
Läkarorganisation och schema	3	12 %
Dokumentation och journalföring	2	8 %
Hygien och städning	2	8 %
Läkemedelshantering	0	0 %

Kommentar: Procenttalen summerar till över 100 % då vissa avvikelser har flerfaldig kategorisering. Siffrorna är avrundade.

10.2 Fördelning per allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Antal
Låg – ingen risk för patient	~10
Medel – kan påverka patient	~13
Hög – risk för allvarlig vårdskada	3
Lex Maria – bestående/allvarlig vårdskada	0

10.3 Slutsatser av avvikelseanalysen

Genomgång av årets avvikelser visar att:

- Administrativa rutiner (bokning, kalenderhantering, patientregistrering) utgör den största kategorin – förväntat i en växande klinik med ökad besöksvolym.
- Ingen avvikelse har medfört allvarlig vårdskada.
- GDPR-området är det område där mest strukturerade åtgärder vidtagits under året.
- Läkemedelshandlingen har fungerat utan avvikelser.
- Avvikelserapporteringen har ökat under året, vilket tolkas som en positiv utveckling av säkerhetskulturen.

11. Resultat 2025

Följande resultat har uppnåtts under 2025:

- **Noll Lex Maria-anmälningar.** Inga bestående eller allvarliga vårdskador har inträffat vid kliniken.
- **Noll vårdrelaterade infektioner.**
- **Noll avvikelser inom läkemedelshandling.**
- **Förstärkt avvikelssystem** – digitalt formulär, standardiserad mall, systematisk uppföljning.
- **Införd ny rutin för försäkringsutlämnande** – obligatoriskt skriftligt samtycke, uppgiftsminimering, loggförd process.
- **Personuppgiftsincident hanterad korrekt** – anmälan till IMY, information till patient och mottagare, omfattande CAPA-åtgärder. IMY har avslutat ärendet utan ytterligare åtgärd.
- **Förbättrade administrativa rutiner** – obligatorisk patientregistrering, checklistor, dubbelkontroll.
- **Dokumenterade hygienrutiner** – signerad veckovis deep cleaning checklista införd.
- **Daglig Google Reviews-uppföljning** införd med svarstid inom 48 timmar.
- **933 patientbesök genomförda** under året, utan att ordinarie kvalitetsnivå åsidosatts.

12. Övergripande mål och strategier 2026

Utifrån erfarenheterna från 2025 har följande prioriterade områden identifierats för verksamhetsåret 2026:

12.1 Dokumentation och journalföring

- Säkerställa att samtliga journalanteckningar signeras inom 48 timmar – veckovis kontroll av osignerade anteckningar.
- Avsluta pågående avvikelse F28261 med full dokumentation och uppföljning.
- Införa månatlig stickprovskontroll av signerade journaler och provsvar.

12.2 GDPR och informationssäkerhet

- Implementera obligatoriskt samtyckesfält i Webdoc innan utlämnande till försäkringsbolag.
- Genomföra intern GDPR-utbildning minst en gång per år för all personal.
- Kvartalsvisa stickprov av försäkringsärenden.

12.3 Administrativa rutiner

- Fortsatt stärkning av patientregistrering och kontaktuppgifter i Webdoc.
- Implementering av onlinebokning via Webtidbok/Vårdrummet med säker identitetskontroll.
- Tydligare kommunikation om avbokningsregler och betalningsvillkor till patient vid bokning.

12.4 Utveckling av verksamheten

- Rekrytering av dermatolog och dietist för att bredda tjänsteutbudet.
- Utveckling av Signature WeightCare-programmet i enlighet med svenska regelkrav.
- Förstärkt patientkommunikation genom strukturerad nyhetsbrevshantering.

12.5 Kvalitetskultur

- Månadsvisa ledningsgenomgångar med dokumenterade beslut.
- Kvartalsvis patientsäkerhetsrund där verksamhetschef och Operations Director går igenom klinikens rutiner och miljöer.
- Patientnöjdhetsmätning (NPS eller motsvarande) införs under 2026.

Upprättad av:

Dr. Aydin Tajeri

Verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare

The Health Clinic Stockholm AB

Datum: 28 februari 2026

Ort: Stockholm

Dokumenthistorik. Version 1.0 – upprättad 28 februari 2026, avseende verksamhetsåret 1 januari 2025 – 31 december 2025. Denna patientsäkerhetsberättelse hålls tillgänglig enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen och finns publicerad på www.healthclinic.se. Nästa berättelse upprättas senast 1 mars 2027.