

Patientsäkerhetsberättelse 2025



Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för en säker vård	4
1. Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
2. En god säkerhetskultur.....	8
3. Adekvat kunskap och kompetens.....	10
4. Patienten som medskapare.....	16
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	25
Fokusområde 3: Säker vård här och nu	29
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	41
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	47
Synpunkter från Patientsäkerhetsenheten (PSE).....	54
Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar i regionen.....	60

Inledning

Denna patientsäkerhetsberättelse utgår från lagkrav och baseras på den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Enligt patientsäkerhetslagen¹ skall vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”.

¹ Patientsäkerhetslagen 2010:659, 3 kap, paragraf 10.

Sammanfattning

År 2025 präglades för hälso- och sjukvårdens (HS) del i vad avser patientsäkerhet i Region Örebro län (RÖL) av bland annat följande frågor och händelser:

- Våldsdådet på Campus Risbergska den 4 februari 2025.
- Arbetet med att förstärka sjukvårdens beredskap inför kris och krig.
- Framtagandet av en uppdaterad regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.
- Fortsatt hantering av patientsäkerhetsbrister i det nya journalsystemet Cosmic.
- Nytt samverkansavtal för avvikelshantering mellan länets 12 kommuner och RÖL.
- Utdelandet av ett nyinstiftat patientsäkerhetspris till förtjänta mottagare i de tre områdena nära vård, psykiatri och specialiserad vård i anslutning till den internationella patientsäkerhetsdagen i september.

Tillgången på vårdplatser inom hälso- och sjukvårdens slutenvård var periodvis fortfarande utmanande. Genom engagemang, hårt arbete, kunskap och kompetens inom verksamheterna kunde länets invånare ändå få en god vård.

Patientsäkerhetsenhetens arbete bedrivs på många fronter och med stor intensitet, dels för att hantera befintliga patientsäkerhetsrisker, men också för att hämta in förlorad mark. Betydande framsteg har gjorts de senaste åren tack vare ett förtroendefullt samarbete med verksamheterna och ledningen på olika nivåer.

Andreas Wladis
*Förvaltningsövergripande
chefläkare*

Anna Calais
*Patientsäkerhetsstrateg, leg.
sjuksköterska*

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

Ett kärnvärde inom all hälso- och sjukvård är att minimera risken för undvikbar skada av patienter. För att lyckas med det, måste fyra grundläggande förutsättningar finnas på plats. Dessa är:

1. En engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Dessa förutsättningar beskrivs här nedan.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

För en säker sjukvård, är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer en absolut förutsättning.



Övergripande mål och strategier

Region Örebro läns vision är: *Tillsammans skapar vi ett bättre liv.*

God patientsäkerhet och hög medicinsk kvalitet utgör centrala mål för sjukvården i RÖL. Patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdgivarens lagstadgade kvalitetsarbete och skall bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet.² I RÖL skall patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada, vilket i patientsäkerhetslagen (PSL) definieras som lidande, kroppslig eller psykisk

² PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (HS).³

Organisation och ansvar

RÖL är en politisk styrd organisation. Ett centralt lagstadgat uppdrag för RÖL är att säkerställa att länets invånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård.⁴ Detta arbete utförs huvudsakligen av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Folktandvården, men även i privat regi. RÖL erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och invånare från andra län genom särskilda avtal. För en detaljerad översikt över organisation och ansvar i RÖL, var god se bilaga 1. Sammanfattningsvis kan sägas att hälso- och sjukvårdsdirektören är ansvarig för beslutat patientsäkerhetsarbete. Verksamhetscheferna är ansvariga för att arbetet verkställs.

Samverkan och ledarskap för att förebygga vårdskador

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter⁵, mellan professioner och framför allt mellan medarbetare och ledning. Ledningens och chefernas signaler utgör grunden för patientsäkerhetskulturen på respektive arbetsplats.



³ PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 5 §

⁴ PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

⁵ SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Nedan följer några exempel på samverkan mellan olika verksamheter i RÖL med syfte att förbättra patientsäkerheten.

De 12 primärkommunerna

Samverkan mellan RÖL och de 12 primärkommunerna i länet är av stor vikt för patientsäkerheten gällande de ofta äldre, multisjuka patienterna som är inskrivna i hemsjukvård eller vårdas på särskilda boenden.

Informationssäkerhet⁶

Samverkan avseende informationssäkerhet är i dessa tider särskilt angeläget. I RÖL hanteras mycket information, vilket är en av regionens viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att kraven på konfidentialitet (sekretess), riktighet och tillgänglighet är tillgodosedda.

Medborgarna skall kunna lita på att den information som regionen hanterar skyddas på ett korrekt och lagenligt sätt. Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten. Riktlinjer, rutiner och stödjande dokument kompletterar policyn.

Det finns fortfarande ett stort behov av att öka kunskapen i RÖL:s verksamheter om roller och ansvar i informationssäkerhetsarbetet. Det gäller också när och hur informationsklassning och riskanalyser skall göras. Under 2025 har arbetet främst handlat om att förenkla informationsklassning och det systematiska informationssäkerhetsarbetet.

För ytterligare detaljer, var god se Årsrapport Informationssäkerhet 2025.

⁶ HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Strålskydd⁷

Under 2025 har personal vid verksamhetsområde onkologi och verksamhetsområde röntgen och sjukhusfysik genomgått en riskanalysutbildning för att kunna vara riskanalysledare.

Internrevision har utförts av hur RÖL arbetar med uppföljning, rapportering och optimering av stråldoser till patienter, i samband med röntgenundersökningar.

Doseringen av radioaktiva läkemedel har minskats vid vissa undersökningar med PET (positronemissionstomografi), som bland annat används för att hitta cancer. Syftet med minskningen är att minska stråldosen till patienter och personal.

Strålskärningen på strålbehandlingen har kontrollerats i samband med installation av en ny behandlingsmaskin.

För mer detaljer om 2025 års strålskyddsarbete hänvisas till strålsäkerhetsrapporten.

Vapenlicens

I samverkan med regionjuristerna och enheten för säkerhet, miljö och lokalförsörjning, har förvaltningsövergripande chefläkare mot bakgrund av det vapenrelaterade massmordet vid Campus Risberg ska 250204 tagit fram en uppdaterad rutin för att klargöra hur regionens läkare skall agera avseende patienter som av medicinska skäl ej bör inneha vapenlicens.

⁷ SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

2. En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Det innebär att alla är medvetna om risker som kan uppstå i sjukvården. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, men envar i organisationen har en viktig roll. Därför ges information och undervisning om patientsäkerhet alltifrån den introduktion som möter den nyanställda till undervisning för underläkare, sjuksköterskor och chefer.



Kännetecknande för en god säkerhetskultur är ett klimat som inte är skuldbeläggande, där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet samt ett aktivt arbete med att identifiera och minska risker och skador. Det är en lärande organisation avseende både negativa händelser och situationer där det gick bra.

Temperaturen på patientsäkerhetsklimatet mäts med frågorna i hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarenkäten. Tillsammans med hållbart medarbetarengagemang (HME), som mäter arbetsmiljön, utgör frågorna en mista gemensam nämnare för arbete med säker vård. Det finns ett värde i att följa dessa parametrar årligen för att kunna följa i vilken riktning vi rör oss, men i RÖL genomförs enkäten vartannat år.

Ett annat tecken på en god patientsäkerhetskultur är att frågan tas upp under egen rubrik på möten av alla slag, alltifrån APT till ledningsgruppsmöten på olika nivåer. Det signalerar att ledningen tar frågorna på allvar. Socialstyrelsen rekommenderar följaktligen i 2025 års nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet att frågan alltid har en egen punkt vid möten inom hälso- och sjukvården.

Agera för säker vård⁸

Vårdgivaren skall utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan

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

innefatta jämförelser mellan verksamhetens nuvarande och tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

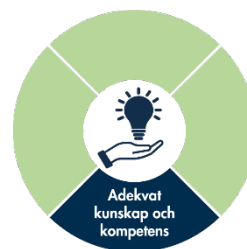
Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet uppdaterad

Socialstyrelsen utgav år 2020 Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i HS med en ny upplaga under 2025. Visionen i handlingsplanen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient skall drabbas av en vårdskada. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som mall för egna handlingsplaner.

Under hösten 2025 har RÖL:s befintliga regionala handlingsplan uppdaterats baserat på förändringar i den nationella handlingsplanen.

3. Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Personalfrågor

Under 2025 har fokus fortsatt varit att behålla befintliga medarbetare. Att vi har rätt kompetens i organisationen har ett direkt samband med kvalitet och patientsäkerhet. Rekryteringsläget är nu mer gynnsamt och under 2025 har antalet anställda inom yrkeskategorier med kort, medellång och lång vårdutbildning ökat.

Att ha egen personal i stället för hyrbemanning gynnar verksamheten och patientsäkerheten samtidigt som kostnaderna minskar. Antalet veckor med inhyrda läkare är dock fortfarande stort.

Område	Antal hyrläkarveckor
Nära vård	1 393
Psykatri	484
Specialiserad vård	1 149
Totalt	3 026

Några händelser i korthet avseende personal i hälso- och sjukvården under 2025:

- Omsättningen av medarbetare minskade.
- Satsning på utveckling av tillgänglighet och arbetsmiljö inom primärvården med målsättningen att varje läkare skall ha högst 1100 listade patienter.
- Ny digital introduktionsutbildning för alla medarbetare i RÖL.
- Nya introduktionsprogram infördes för undersköterskor och skötare för att säkerställa grundläggande kompetens.
- På grund av skört bemanningsläge inom psykiatri har under 2025 en riskbedömning kopplat till patientsäkerhet utförts.
- Stärkt samarbete med patientsäkerhetsenheten i vissa arbetsmiljörelaterade frågor då även patientsäkerheten påverkas.

- Ett större ärende kopplat till olovlig åtkomst i våra system ledde till en översyn och uppdatering av riktlinjen för "Åtgärder vid misstanke om olovlig åtkomst i regionens vårdsystem"
- Samtliga tillsvidareanställda medarbetare samt tidsbegränsat anställda läkare har blivit krigsplacerade inom RÖL.
- Införande av registerutdrag för samtliga medarbetare i samband med rekrytering för samtliga tjänster inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Genomlysning av rutiner för bisysslor har utförts.

För att ytterligare stärka RÖL som en attraktiv arbetsplats med god arbetsmiljö planeras inför 2026 för mer effektiv schemaläggning så att såväl patientbehov som medarbetares behov av kontinuitet och återhämtning säkras.

Kompetensutveckling

En hörnsten för säker vård är att identifiera behov av och skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Att vårdpersonal kan förutse, känna igen, förebygga och tidigt upptäcka en akut försämring hos en patient är nödvändigt för en god patientsäkerhet. Om personal har svårt att kommunicera för att beskriva tillståndet hos en patient, ökar sannolikheten för undvikbara vårdskador. Det har visat sig vid flera tillfällen de senaste åren. Därför behöver all sjukvårdspersonal i RÖL ha en gemensam grundläggande, uppdaterad kompetens gällande tidig upptäckt och behandling (TUB) av allvarliga tillstånd, läs mer om TUB på följande sidor.

Kliniska träningscentra (KTC)

För att säkerställa både grundläggande och mer avancerad klinisk kompetens, så har regionen sedan 2010 tre kliniska träningscentra (KTC), ett vid varje sjukhus med varsin chef. Profilen vid dessa KTC, skiljer sig delvis åt, så att vissa utbildningar har olika längd och vissa grundläggande utbildningar ges inte på alla sjukhus.

KTC USÖ

Under 2025 tog KTC USÖ över förvaltningen av introduktionsutbildningar för sjuksköterskor respektive undersköterskor. Programmet för undersköterskor sågs över, uppdaterades samt utökades med en dag. Fokus låg på att öka interaktiviteten, fler delar med praktisk träning och en halvdag kring psykisk ohälsa, bemötande och suicidprevention. Även utbildningen TUB inkluderades i programmet.

En samordnare av kompetensutveckling tillsattes under våren 2025. Ett kompetensutvecklingsråd med representanter från HS:s samtliga områden och HR har etablerats för att få bättre information om upplevda kompetensutvecklingsbehov i verksamheterna. Enhetschefen vid KTC USÖ är sammankallande för rådet.

KTC USÖ var medarrangör för den nationella träffen gällande professionsutvecklingsprogram som genomfördes i november 2025 tillsammans med KTC Västerås.

Ett arbete med att färdigställa digitalt material till olika utbildningar skedde under 2025 liksom att ta fram och utveckla information i Utbildningsportalen för ökad enhetlighet, tydlighet och att göra det enklare att hitta KTC USÖ:s olika utbildningar. Tidigare nämnd TUB-utbildning lyftes extra genom nyheter på intranätet och fysiska besök i olika verksamheter för information och dialog.



TUB-utbildning, instruktör går igenom akutvagnen.

Antalet kursdeltagare vid KTC USÖ ökade 15 % gentemot föregående år.

Antal utbildade 2025	KTC Karlskoga	KTC Lindesberg	KTC USÖ
HLR-instruktörer	17	11	78
TUB-instruktörer	6	0	28
Säkra personförflyttningar, instruktör	0	0	11
TUB grundutbildning	54	69	209
HLR grundutbildning	158	10	78
Säkra personförflyttningar, grundutbildning	53	25	71

Totalt antal utbildade vid KTC under 2025, samtliga utbildningar	KTC Karlskoga	KTC Lindesberg	KTC USÖ
	801	495	6 485

KTC Lindesberg

Grundutbildningen i sårbehandling har utvecklats och etablerats från halvdag till en heldag där trycksårprevention, hudflikskador, vårdhygien samt nutrition lagts till med hjälp av sakkunniga inom respektive område. Utbildningskonceptet TUB har anpassats för vårdcentraler, med USÖ:s version som förlaga, i norra länsdelen i samråd med chefer inom primärvården för uppstart i januari 2026. Arbetsgrupperna kopplade till KTC -VRISS (vårdrelaterade infektioner ska stoppas), Nätverk Smärta, Sårgruppen har arbetat med att:

- komplettera Vårdhandboken inom VRISS-gruppens område,
- ta fram en fysisk och digital smärtpärm med information och rutiner,
- sammanställa ett utbildningspaket för sårombud,
- bidra till utvecklingen av webbsidan för sår.

KTC Karlskoga

Under 2025 har det vid Karlskoga KTC gjorts en stor satsning tillsammans med akutmottagningen, narkosen och medicinläkarna som arbetar i team och tar emot akut sjuka patienter på akutmottagningen i Karlskoga. Vid akutmottagningens och narkosens APT under våren 2025, hölls teoretisk undervisning i konceptet TUB. För de som inte gått grundutbildning i TUB

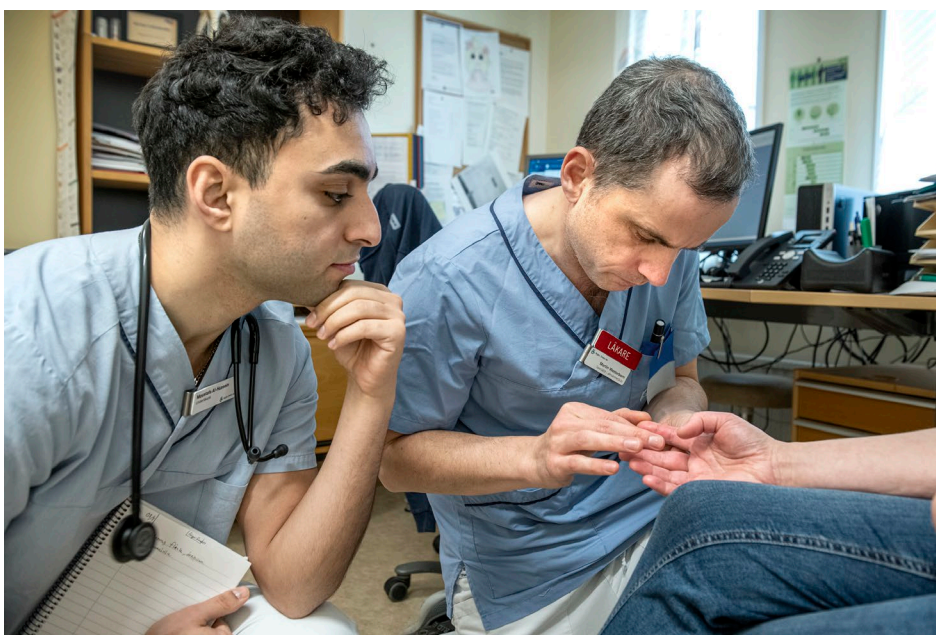
eller motsvarande har praktiska övningar genomförts på KTC. Därefter har scenarioövningar hållits för hela teamet på akutmottagningen både under våren och hösten 2025. Det har under året hållits fler förflytningsutbildningar då det varit en ökad efterfrågan, det samma gäller för instruktörsutbildning i S-HLR.

Utbildning och klinisk handledning av AT/BT-läkare

Under 2025 har cirka 100 AT- eller BT-läkare varit anställda i RÖL. AT-läkare har läkarexamen, men inte yrkeslegitimation och tjänstgör i 18 månader på särskilt förordnande från Socialstyrelsen. Tjänstgöringsformen AT kommer successivt att försvinna, men under 2025 har omfattningen varit oförändrad.

BT-läkare har svensk läkarlegitimation och genomför 12 månader klinisk tjänstgöring antingen som en tidsbegränsad, fristående tjänstgöring eller under en tillsvidareanställning som ST-läkare. Alla BT-läkare i Sverige under 2025 var utbildade vid ett utländskt lärosäte, men från hösten 2027 kommer BT att genomföras även av läkare med svensk läkarexamen. Under perioden 2021–2025 har 21 medarbetare slutfört en BT inom RÖL.

Under såväl AT som BT ställs formella krav på handledning, fortlöpande bedömning och dokumentation av läkarens kompetens. Bristande tillgång till klinisk handledning och uppföljning kan utgöra en patientsäkerhetsrisk och antalet utbildningstjänster i RÖL balanseras kontinuerligt mot aktuell



handledarkapacitet. En målsättning i patientsäkerhetsarbetet kopplat till AT/BT under 2025 har varit att säkra tillgång till strukturerad introduktion och klinisk handledning vid placeringar inom psykiatri och primärvård.

Utbildningsaktiviteter och länsövergripande introduktionsveckor för AT- och BT-läkare genomförs, där ingår undervisning inom bland annat läkemedelshantering och patientsäkerhetsfrågor. Praktisk scenarioträning och HLR-utbildning för AT- och BT-läkare genomförs på respektive sjukhus kliniska träningscentra (KTC) och är därmed väl anpassad till lokala arbetsrutiner.

De teamövningar som är grundläggande för tidig upptäckt och behandling av livshotande tillstånd (TUB) når alltför få anställda, särskilt läkare, vilket skapar problem. Personalgrupper kan beskriva tillstånd på olika sätt och prata förbi varandra. Flera allvarliga, undvikbara vårdskador bedöms, som nämnts ovan, delvis ha sin grund i detta.

4. Patienten som medskapare

En annan förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Om de förstår vad som krävs för att förbättra hälsan och själva aktivt bidrar till det, är mycket vunnet. Lagen kräver följaktligen att vården så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.⁹ Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Patienters klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras och utgör en källa till fokus på förbättringsområden, varom mer härnadan under rubriken ”Klagomål och synpunkter” på sidan 42.

Patientrapporterade mått (PROM, PREM¹⁰ för patienter i standardiserade vårdförlopp vid cancerdiagnos) och den nationella patientenkäten (NPE) används för att på ett övergripande plan få en bild av patienters upplevelse av

⁹ PSL 2010:659 3 kap. 4§

¹⁰ PROM står för ”Patient Reported Outcome Measures” och är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention. PREM står för ”Patient Reported Experience Measures” och mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

vården. Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården, men inhämtas ännu av få verksamheter på ett strukturerat och kontinuerligt sätt, vilket är ett tillkortakommande.

Ett arbete är dock igångsatt för att försöka skicka enkäter till patienter via 1177 efter mottagningsbesök för ganska omedelbar digital återkoppling av hur patienten upplevt sitt besök i all enkelhet med bara en handfull frågor.

Nationella patientenkäten (NPE)

Under hösten 2025 har RÖL deltagit i NPE för regionägda och privata vårdcentraler. Urvalsmånader var september och oktober. Resultatet av enkäten redovisas i januari 2026. Under våren 2026 kommer RÖL även att delta i NPE för vuxenpsykiatri öppenvård.

Min vårdplan

Sedan standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) infördes har man arbetat med att införa "Min vårdplan". Den delas ut till alla patienter där det finns en välgrundad misstanke om cancer eller där cancerdiagnos fastställts. Idag har nästan alla vårdplaner digitaliserats. Syftet är att patienter skall kunna ha en bättre information om sitt eget vårdförlopp.

Patientmedverkan inom kunskapsstyrning

Målet med kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. I det lokala arbetet med kunskapsstyrning medverkar patient/närstående/brukare i olika arbetsgrupper. Metoder som används är exempelvis intervjuer, fokusgrupper, enkäter och personcentrerad processkartläggning.

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador¹¹



Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det avsedda.

Identifiering av vårdskador kan ske på olika sätt, exempelvis genom så kallad punktprevalensmätningar (PPM), markörbaserade journalgranskningar (MJG), klagomål från patienter och anhöriga samt avvikelser rapporterade av personal.

PPM

PPM används för att mäta förekomst av trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) samt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) vid en bestämd tidpunkt och är ett sätt att mäta kvalitet och undvikbara skador i vården.

PPM avseende trycksår

En lokal mätning genomfördes under en dag i vecka 37 år 2025 och omfattade 255 antal patienter. Varje verksamhet ansvarar för att analysera och arbeta vidare med sina resultat. För att snabbt identifiera patienter som riskerar att utveckla trycksår är det viktigt att verksamheterna har väl implementerade rutiner för riskbedömning och förebyggande åtgärder. Andelen sjukhusförvärvade trycksår av alla kategorier har minskat från 7 % år 2024 till 4 % år 2025. Motsvarande siffra för år 2023 var 13 %.

PPM avseende basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Följsamhet till BHK är av vikt för att förhindra smittspridning och motverka vårdrelaterade infektioner (VRI). Var god läs mer om BHK-arbetet i RÖL på sidan 49.

¹¹ SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Strukturerad journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador i vården. MJG innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer, som kan indikera skada. Ett team bestående av sjuksköterskor och läkare bedömer uppgifterna för att kunna fastställa om en skada skett och i så fall vilken typ, vilka konsekvenserna var, vilken allvarlighetsgrad skadan hade samt om den anses vara undvikbar eller inte. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som en vårdskada. Efter 2023 har den nationella informationsinsamlingen och SKR:s samordnande ansvar avvecklats gällande MJG. Under hösten 2024 har ansvaret för metodhandböcker och utbildnings-material överlåtits till Socialstyrelsen, metoden MJG kan dock fortsatt användas i det lokala patientsäkerhetsarbetet.

Ingen lokal granskning har som tidigare genomförts inom somatisk vård i RÖL under 2025. Målsättningen är att under 2026 initiera lokal granskning med fokus på specifika frågeställningar. Fortsatt arbete pågår med att undersöka möjligheterna för automatiserad journalgranskning med stöd av artificiell intelligens (AI) som ett komplement till befintliga metoder.

MJG har däremot genomförts inom allmänpsykiatri och specialistpsykiatri. Tio patientjournaler har granskats varje månad under 2025 förutom i juni och juli. Återkommande fynd har bland annat varit:

- avsaknad av aktuell vårdplan i patientjournal
- avsaknad av suicidriskbedömning enligt lokala riktlinjer
- oplanerat besök på psykiatrisk akutmottagning under pågående öppenvård eller kort efter avslutad slutenvård
- avsiktlig självdestruktiv handling med skada, suicidförsök eller suicid
- begäran om polisbiträde enligt LPT eller LRV

Med hjälp av MJG har två misstänkta vårdskador upptäckts. Dessa har hanterats enligt rutin. Inför år 2026 har verksamhetsområdet Barn- och ungdomspsykiatri visat intresse för att också påbörja markörbaserad journalgranskning.

Har vården varit säker?

HS-personal är skyldig att rapportera¹² och utreda¹³ händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Syftet är att klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Ytterligare ett syfte är att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivare har dessutom skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en **allvarlig** vårdskada (lex Maria)¹⁴. Vem som skall anmäla, vad som skall anmälas och vad anmälan skall innehålla regleras av Patientsäkerhetslagen och föreskriften om Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Vårdskada definieras i Patientsäkerhetslagen som *”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”*.¹⁵

Vårdgivaren har även skyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrift¹⁶ att utreda negativa händelser eller tillbud som har inträffat med en medicinteknisk produkt. Anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter görs till Läkemedelsverket och tillverkaren vid funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda. Det samma gäller vid felaktigheter och brister i märkning eller bruksanvisning som kan leda till eller har lett till:

- en patients, en användares eller någon annan persons död, eller
- en allvarlig försämring av en patients, en användares eller någon annan persons hälsotillstånd.

¹² PSL 6 kap 4§

¹³ PSL 3 kap 3§

¹⁴ PSL 3 kap 5§

¹⁵ PSL 1 kap §5

¹⁶ HSLF-FS 2021:52 5 kap

Nedan beskrivs hur identifiering, utredning, anmälan och uppföljning av vårdskada hanteras inom RÖL samt hur det kommuniceras.

Identifiering

Vårdskador kan identifieras på olika sätt.

Via avvikelser:

En avvikelse definieras som en icke förväntad händelse som har medfört eller hade kunnat medföra skada på patient, medarbetare, besökande, utrustning eller organisation. Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.¹⁷ Varje verksamhet skall ha rutin för avvikelshantering. Verksamhetschefen ansvarar för detta.

Vid händelse som innebär skada eller risk för skada skall en avvikelserapport upprättas. Ansvar för avvikelshantering ligger på respektive verksamhet. Avvikelse rörande händelse som inneburit eller kunnat medföra allvarlig vårdskada för patienten skall markeras så att den går till chefläkare. Anmälningsskyldigheten jämlikt lex Maria avser händelser som lett till allvarlig vårdskada eller inneburit risk därför.



Patientsäkerhetsstrategerna på Patientsäkerhetsenheten läser även icke-chefläkarmarkerade avvikelser för att identifiera allvarliga avvikelser som inte chefläkarmarkeras samt har en kontinuerlig dialog med avvikelsehandläggare.

¹⁷ PSL 2010:659, 5 kap

Via klagomål:

Klagomål och synpunkter från patienter eller närstående kan inkomma direkt till verksamheten, via e-tjänst på 1177.se, via anmälningsformulär på hemsidan eller via post till klagomålsfunktionen, som lyder under Patientsäkerhetsenheten. Klagomål fördelas till aktuell verksamhet som ansvarar för att svara skyndsamt, helst inom fyra veckor. Klagomål som inger misstanke om allvarlig vårdskada, kontrolleras för att säkerställa att en avvikelse registrerats. Klagomål som inkommer till IVO och förmedlas till chefläkare eller verksamhet, hanteras på likartat sätt. Patient eller närstående har också möjligheten att vända sig till Patientnämnden i RÖL. Patientnämndens handläggare kontaktar Patientsäkerhetsenheten vid klagomål som inger misstanke om brottslig handling.

Utredning

Vid vårdskada eller risk för vårdskada skall utredning och dokumentation ske inom verksamheten.¹⁸ Om händelsen inneburit vårdskada eller risk för vårdskada görs en bedömning av allvarlighetsgrad och en internutredning genomförs. Om händelseförloppet involverar flera olika verksamheter kan en händelseanalys genomföras istället.¹⁹

Anmälan

Händelser där anmälan enligt lex Maria kan vara aktuellt diskuteras på chefläkarmöten där chefläkare, anmälningsansvariga och patientsäkerhetsstrateger deltar. Beslut om anmälan jämlikt lex Maria fattas gemensamt av chefläkarkollegiet. I anmälan skall framgå händelseförlopp, konsekvenser, orsaksanalys, åtgärder, uppföljning, patientens upplevelse och vilka åtgärder som kommer att vidtas för att händelsen ej skall upprepas.

¹⁸ PSL (2010:659), 3 kap, 3§

¹⁹ En händelseanalys kan komplettera en utredning av vårdskada och förbättra förutsättningarna för lärande. Händelseanalyser syftar till att på ett strukturerat sätt analysera komplexa incidenter med flera aktörer, för att kunna föreslå åtgärder så att det som skett ej upprepas.

Avvikelser relaterade till medicinteknisk utrustning anmäls till Läkemedelsverket av anmälningsansvarig för medicintekniska produkter om krav bedöms uppfylla.

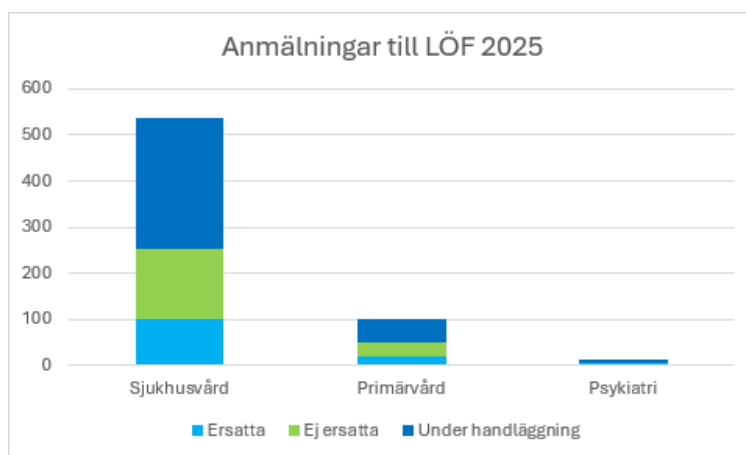
Kommunikation

Att en anmälan jämlikt lex Maria görs och vad IVO småningom beslutar, kommuniceras till berörd verksamhet. Minst en gång årligen genomförs en patientsäkerhetsrond inom varje verksamhetsområde. En gemensam elektronisk mall för patientsäkerhetsronden används. Verksamhetsområdets eventuella lex Maria-ärenden diskuteras vid ronderna och följs upp. Ärenden anmälda enligt lex Maria publiceras på regionens hemsida med en kortfattad beskrivning av händelsen. Resultat av utredning av medicintekniska avvikelser, till exempel att anmälan till Läkemedelsverket görs och Läkemedelsverkets eventuella kommentarer och utredningsrapporter från tillverkare kommuniceras till berörd verksamhet såsom vid lex Maria-fall.

Anmälningar till LÖF

Patienter som erhållit regionfinansierad sjukvård och drabbats av en undvikbar skada, kan i vissa fall ha rätt till ekonomisk ersättning från Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) i enlighet med Patientskadelagen²⁰. Patienterna måste själva vända sig till LÖF och anhålla om sådan ersättning.

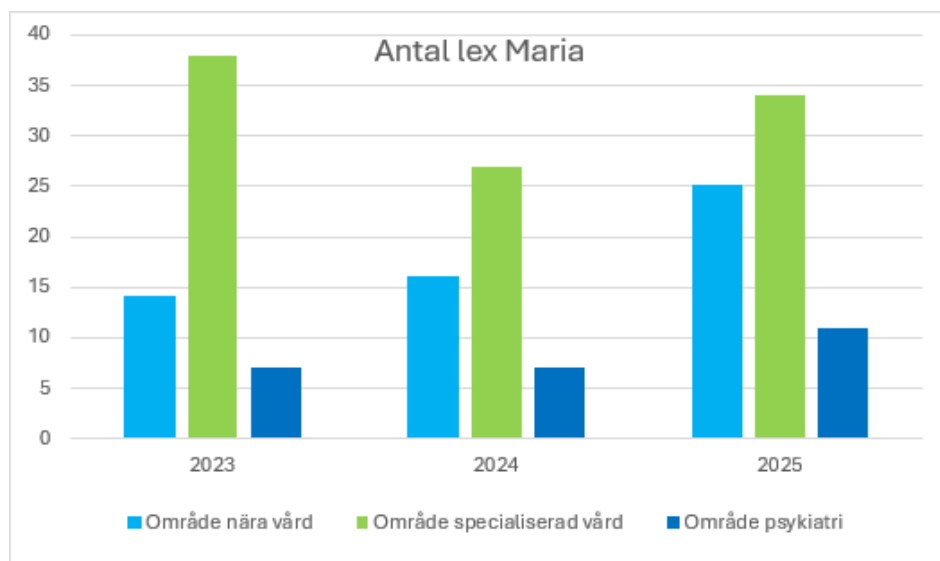
Under 2025 hanterades anmälningar till LÖF från patienter i RÖL enligt vidstående diagram.



²⁰ Patientskadelag (1996:799)

Sammanställning av Lex Maria- och personalärenden i RÖL

Diagrammet nedan visar antal lex Maria-ärenden för hälso- och sjukvårdsförvaltningens olika områden år 2023–2025.



Under 2025 verkställde HS-förvaltningen 73 anmälningar till IVO enligt lex Maria. Ytterligare ärenden är under utredning.

År 2025 inrapporterades även sex anställda med legitimation av ansvarig chefläkare till IVO jämlikt patientsäkerhetslagen då de av olika skäl bedömts utgöra en fara för patientsäkerheten.²¹

Inspektion och tillsyn 2025

HS står under tillsyn av IVO. Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt ovan. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden.

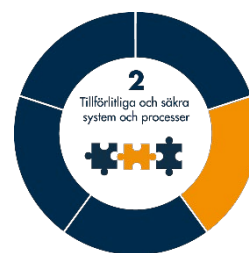
Chefläkarna tog i mars 2025 initiativ till ett möte med IVO för att diskutera arbetssätt, handläggningstider, hantering av individärenden med mera. Vid mötet deltog från IVO:s sida tillsynsläkare och jurist.

²¹ 3 kap. 7 § PSL

IVO:s tillsyn av HS i regionen under 2025 har skett enligt nedan:

- 06913/2025 Verksamhetstillsyn enligt lagen om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, vid vävnadsinrättningen Reproduktionsmedicinskt centrum, verksamhetsområde obstetrik och gynekologi.
- 06350/2025 Verksamhetstillsyn enligt lagen om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler vid vävnadsinrättningen vid verksamhetsområde laboratoriemedicin.

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer



Läkemedel

Förskrivning av läkemedel är ett av de viktigaste sätten att behandla sjukdomar, men det för med sig en rad risker. Av det skälet är arbetet med läkemedel noggrant reglerat och i RÖL arbetar man strukturerat med dessa risker baserat på lagar och förordningar.

Läkemedelshanteringen i RÖL övervakas av fyra grupperingar:

- 1) Den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL),
- 2) Läkemedelskommittén,
- 3) Läkemedelscentrum
- 4) Strama

1. Förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen

- överser dokument och föreskrifter som reglerar läkemedelshanteringen
- sprider kunskaper om föreskrifter inom läkemedelshanteringsområdet
- fångar upp behov och ger förslag på åtgärder och rutiner inom läkemedelshanteringsområdet för att på så sätt förbättra patientsäkerheten.

2. Läkemedelskommittén

I varje region skall, enligt lag, finnas en läkemedelskommitté, som genom rekommendationer verkar för en rationell läkemedelsanvändning.

Läkemedelskommitténs tidning Rapport om Läkemedel gavs ut med fem nummer under 2025. Sedan fyra år tillbaka hålls möten med öppenvårdsapoteken i länet två gånger per år, för att förmedla en del av den läkemedelsinformation som ges till vårdcentralerna samt för att fånga upp frågor och problem rörande läkemedelsförskrivningar.

3. Läkemedelscentrum

Läkemedelscentrum lyder under område Forskning och utbildning, och består av tre enheter, Sjukhusapoteket, Sjukvårdsfarmaci och Strategiska enheten.

Under 2024 tog RÖL över sjukhusapoteket i egen regi från den privata apoteksaktören Apoex. Två inspektioner från Läkemedelsverket av Sjukhusapotekets verksamhet visar att den håller god kvalitet. Under 2025 har Sjukhusapoteket byggt ut sina lokaler. Lokalerna medger nu större lagerhållning. Under 2026 tar arbetet vid att på ett ordnat sätt utöka lagret av många viktiga läkemedel. Det ger Sjukhusapoteket en större beredskap att klara mindre störningar i leveransflödet och sjukvården mer tid att ställa om vid större störningar.

Tillsammans med förvaltningsövergripande chefläkare och personalavdelningen, har Läkemedelscentrum etablerat en rutin för att regelbundet följa upp läkemedelsförskrivning med stöd av arbetsplatskoder i RÖL för läkare som inte längre arbetar i regionen.

4. Strama

Strama rapporterar regelbundet hur mycket antibiotika som skrivs ut i primärvården baserat bland annat på statistik från Folkhälsomyndigheten. För perioden 241201-251130 kan konstateras att Region Örebro län ligger under riksgenomsnittet vad gäller förskrivning av antibiotika i öppenvård, vilket är glädjande.

Läkemedelsgenomgångar²²

En läkemedelsgenomgång syftar till att förebygga fel i vårdens övergångar och åstadkomma en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel som en patient är i behov av, är ordinerad och använder vid det aktuella vårdtillfället. Målet är en korrekt läkemedelslista samt att bedöma behovet av en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Äldrevårdsöverläkare har deltagit i uppföljningar av vårdcentraler inom Hälsoval där antalet läkemedelsgenomgångar per vårdenheter redovisas. Antalet läkemedelsgenomgångar har minskat, vilket var förväntat då införandet av ett nytt journalsystem påverkar produktionen. Utveckling av journalsystemet kommer att ske. Medarbetare har även informerats om korrekt arbetssätt för att registrera och dokumentera resultat av läkemedelsgenomgång.



Tvångsvård inom område psykiatri

Tvångsåtgärder av olika slag inom sjukvården innebär ett betydande ingrepp i den personliga integriteten och är därför noggrant reglerat i svensk lagstiftning. Dylika åtgärder skall registreras och rapporteras på olika sätt. Under 2025 var 651 individer i RÖL föremål för tvångsvård. Av dessa vårdades 61 inom rättspsykiatri (RP) och 26 inom barn- och

²² HSLF-FS 2017:37

ungdomspsykiatri (BUP). Medelåldern var 43 år (SD 19) och medianåldern 44. Den yngsta var 13 år och den äldsta 95 år.

Antalet tvångsvårdade individer i länet bedöms vara något högre än genomsnittet för riket, baserat på Socialstyrelsens uppskattning av det totala antalet tvångsvårdade patienter i riket under 2021 (Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Kartläggning och utvecklingsförslag, Socialstyrelsen 2023-8-8681).

Kvarhållningsbeslut fattades vid 826 tillfällen, varav 443 vid allmänpsykiatri, 38 vid BUP och 345 vid specialistpsykiatri.

Det fattades beslut om fastspänning av minderåriga i högst 1 timme vid 48 tillfällen och mellan 1 och 4 timmar vid 10 tillfällen. Sådana beslut gällande vuxna fattades under 2025 vid 74 tillfällen varav 1 tillfälle gällande mer än 8 timmar.

Det fattades även beslut om läkemedelsbehandling under fasthållande vid 128 tillfällen och under fastspänning under 52 tillfällen. Elektrokonvulsiv terapi (ECT) under fastspänning eller fasthållande förekom vid 14 tillfällen.

Suicidprevention

Suicidtal i Örebro län har svängt kraftigt på senare år. Ett genomsnitt de senaste 5 åren har varit 16,6/100 000 personer, men 2023 och 2024 sticker ut. År 2023 steg suicidtalet till 26,3 och var då näst högst i landet. Året därpå sjönk dock suicidtalet till 8,6 och var lägst i landet.

Suicidprevention inom HS blir ofta en fråga om arbete med suicidnära patienter. Preventionsarbetet är dock större än så; suicidprevention bör utgå dels från ett befolkningsperspektiv, dels från ett individperspektiv. Alla som arbetar i HS har en viktig roll i att uppmärksamma tidiga tecken och förhöjd risk för suicid. Inom psykiatri bedöms och dokumenteras suicidrisken som en del i diagnostiken och förnyad bedömning sker alltid löpande vid förhöjd risk. Att behandla underliggande allvarlig psykisk sjukdom där sådan finns och att genomföra korrekta tvångsåtgärder är psykiatrians ansvar. Arbetet inom psykiatri med att följa upp patienter 48-timmar efter suicidförsök har

etablerats i organisationen och även om ingen strukturerad uppföljning gjorts är uppfattningen att arbetssättet är vedertaget.

Det finns också förhöjda risker vid till exempel långvarig smärta och vissa neurologiska sjukdomar. Dessa måste följaktligen hanteras i andra delar av vården, inom både primärvården och specialiserad vård.

Regionens vårdprogram för suicidnära patienter ger värdefull kunskap i suicidiologi inklusive skydds- och riskfaktorer och stöd för frågor till patienter.

Den mobila resursen i RÖL för suicidprevention arbetar vidare i sitt uppdrag och erbjuder stödkontakt vid självmordsförsök tills dess ordinarie behandlare kan ta över samt efterlevandestöd för alla åldrar. Stöd till efterlevande är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet och de senaste åren har stöd givits till efterlevande till ca 60% av de genomförda självmorden i länet. Alla som aktualiserats har fått stöd. Dessutom genomförs utbildningar inom området suicidiologi för såväl regionens personal samt vårdgrannar och samverkanspartners. Under 2025 deltog totalt 980 personer i utbildning varav 438 personer var från RÖL.

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

HS präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Det är därför av värde att samla in relevant och pålitlig data, som kan identifiera patientsäkerhetsrisker tidigt.



Är vården säker idag?

Under 2025 har Produktionsenheten arbetat intensivt med att kvalitetssäkra data kopplad till vårdproduktion, prestationsersättning och myndighetsrapportering. Arbetet har således fortsatt med att implementera Faktabaserad styrning (FBS) som styrmodell inom HS-förvaltningen. Produktionsenheten har även inlett samarbete med Patientsäkerhetsenheten för att ta fram uppföljningsmöjligheter för identifierade kvalitetsindikatorer i

syfte att främja patientsäkerhet. Arbetet har påbörjats i slutet av 2025 och målsättningen är leveranser av uppföljningsstödande rapporter löpande under 2026.

Mätbara mål inom patientsäkerhet

Indikatorer för patientsäkerhet är mätbara värden, utfallsmått, som används för att bedöma och följa upp säkerheten i vården. I arbetet med att ta fram indikatorerna har Patientsäkerhetsenheten samarbetat med LÖF och tagit del av det nationella arbete som Socialstyrelsen och Nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet har genomfört.

En första grupp indikatorer är framtagna av patientsäkerhetsenheten och en beställning har lämnats till Produktionsenheten. Gemensamt arbete pågår med att identifiera var i journalsystemet informationen som behövs finns. I början av 2026 den information som tas ut att valideras. Därefter presenteras indikatorerna för verksamheterna.

Ett syfte med indikatorerna är att stimulera verksamheterna att identifiera mätbara mål, i linje med principerna för faktabaserad styrning (FBS). Uppföljningen skall kunna användas i verksamheternas fortsatta analyser och förbättringsarbete för att stärka patientsäkerheten. Målbilden är att indikatorerna inte enbart ska besvara frågan *”Har sjukvården varit säker?”* utan även *”Är sjukvården säker nu – eller i morgon?”*. Detta uppnås genom att inkludera framåtblickande indikatorer som ger ett proaktivt perspektiv på patientsäkerheten.

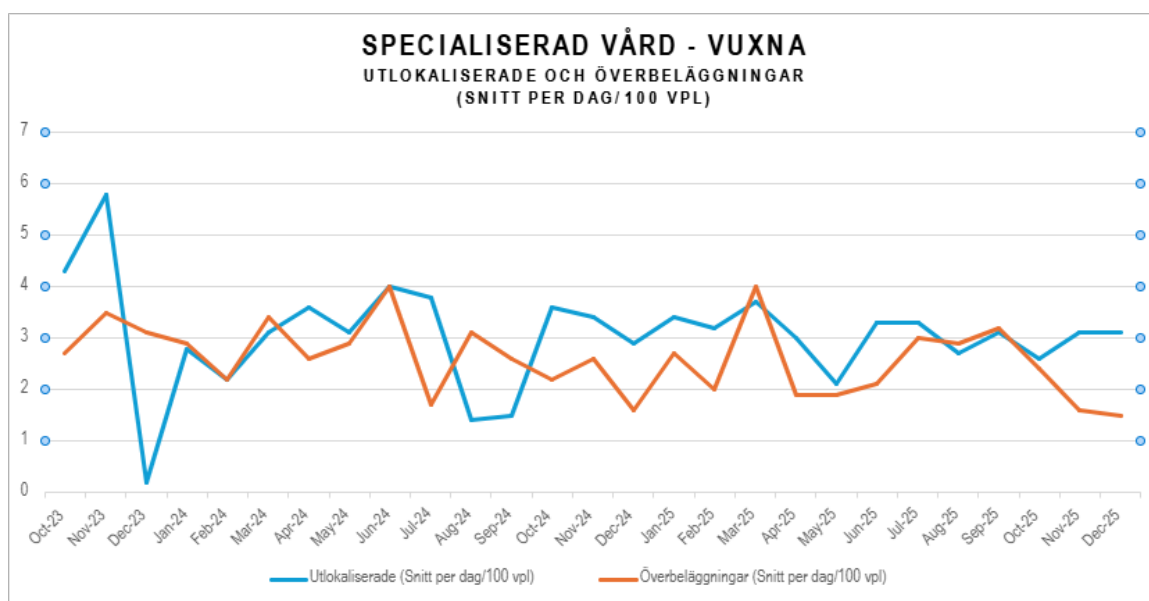
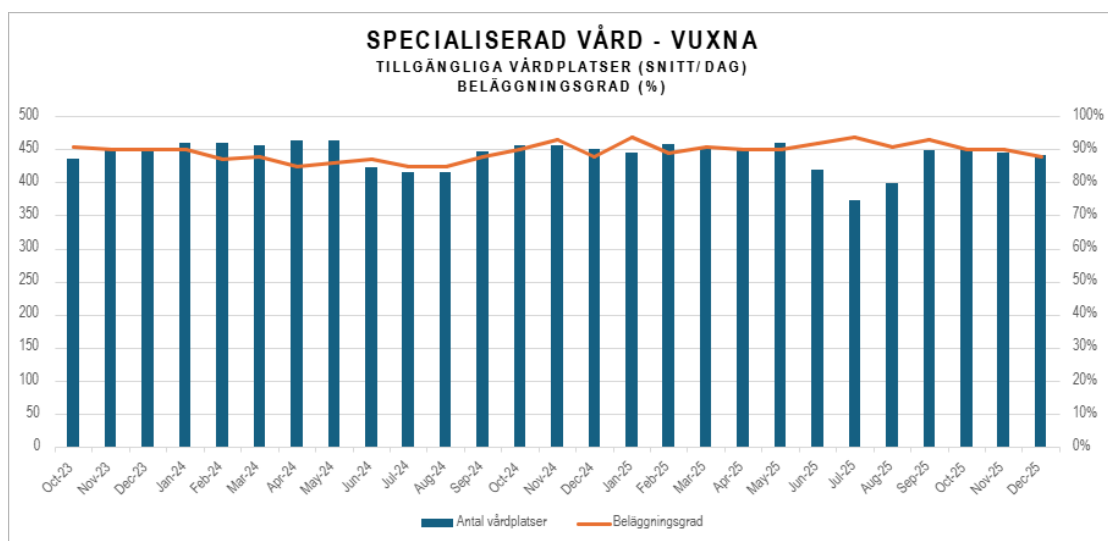
Vårdplatser

Det är väl känt att antalet disponibla vårdplatser²³ i RÖL inom slutenvården minskade från 822 år 2013 till 515 år 2023 enligt SKR.²⁴ Detta faktum och att vissa färdigbehandlade patienter ej kan skrivas ut till sina respektive

²³ En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

²⁴ Verksamhetsstatistik 2013-2023 SKR

kommuner, i synnerhet Örebro kommun, (varom mer här nedan) förklarar den ihållande situationen med överbeläggningar²⁵ och utlokaliserade patienter²⁶. Ett tillräckligt antal vårdplatser inom slutenvården i RÖL är viktigt för att upprätthålla både hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö.



²⁵ Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats såsom t.ex. en korridorplats.

²⁶ En utlokaliserad patient vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Vårdplatsbristen medför bland annat följande:

- *Förlängda vistelsetider på akutmottagningarna* innan vårdplats kan frigöras, vilket är särskilt riskabelt för äldre patienter.
- *Patienter överflyttas till annat sjukhus i regionen*, vilket medför ökade transporter mellan sjukhusen för att utnyttja vårdplatserna maximalt. Resurser som skall användas till akuta ambulanstransporter inom RÖL belastas då hårt. Överflyttningarna sker oftast på tider med begränsad tillgång till ambulanser och då lättvårdsambulansen ej är i drift.
- *Patienten skickas hem* trots att vårdbehov föreligger. Patienten kan inte alltid beredas plats utan går hem med instruktioner om att återkomma vid förvärring alternativt komma på återbesök till akutmottagningen följande dag. Därmed kan ett orimligt stort ansvar att själv bedöma sitt medicinska tillstånd läggas på enskilda patienter.
- *Patienten får en vårdplats på en annan vårdenhet (utlokaliseras) eller bereds plats som överbeläggning*. Överbeläggning och, i än högre grad, utlokalisering av patienter ger avsevärt ökad risk för vårdskador då det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov och sjukdomstillstånd. Utlokalisering försämrar möjligheterna till en god utskrivningsplanering och uppföljning av patienten.

Hur hanteras vårdplatsbristen inom HS?

Ett vårdplatsutskott inom HS arbetar med strategiska frågor gällande vårdplatssituationen. Vårdplatsutskottet möts regelbundet och är ett beredande organ som rapporterar till områdesledningen där beslut fattas. Vårdplatsutskottet består av de verksamhetschefer inom specialiserad vård som har slutenvårdsplatser, samt enhetschefer i form av klusterordförande (klustren består av 3-5 vårdavdelningar som har ett utökat samarbete). Den kortsiktiga styrningen av vårdplatssituationen sker via vårdplatsmöten som äger rum vardagar. Mötena leds av vårdplatsansvariga verksamhetschefer. Vårdkoordinatorer, representanter från akutmottagningarna samt berörda bakjourer deltar. Syftet med vårdplatsmötena är att planera utifrån aktuellt vårdplatsläge och vid behov vidta åtgärder.

Under 2025 har utskrivningsavdelningen vid Karlskoga lasarett fortsatt vara öppen med sex ordinarie vårdplatser. Vid behov kan ytterligare en patient tas emot. Platserna fylls främst med patienter från medicin- och ortopedavdelningarna, men vid enstaka tillfällen även från kirurgavdelningen. Dessa patienter är medicinskt färdigbehandlade, men kan av olika skäl icke omedelbart återvända hem. Syftet med utskrivningsavdelningen är att frigöra akuta vårdplatser för patienter som söker vår akutmottagning och har behov av inläggning. Bemanningen utgörs av undersköterskor och sjukvårdsbiträden med delegering på läkemedelshantering.

Sammanfattningsvis utgör vårdplatsbristen en central fråga gällande patientsäkerheten och den buffert som finns i det dagliga kliniska arbetet för att vårdskador inte ska uppstå har övertid varit alltför låg de senaste åren.

I den västra länsdelen finns det sedan flera år ett väl etablerat mobilt närsjukvårdsteam som utgår från medicinkliniken vid Karlskoga lasarett.



Mobila närsjukvårdsteamet gör hembesök hos en patient.

Under 2025 har läkare och sjuksköterskor rekryterats till ett nytt team i den norra länsdelen. Detta team, som utgår från Lindesbergs vårdcentral, börjar arbeta i början av 2026. I färdplanen för omställningen till nära vård finns ett uppdrag att säkerställa en jämlik mobil sjukvård i hela länet. Baserat på det har ett arbete initierats för att utveckla motsvarande mobila lösningar även för Örebro kommun och den södra länsdelen.

Vårdövergångar mellan regional och kommunal vård

Vårdtiderna för utskrivningsklara patienter har fortsatt att öka under 2025, vilket främst beror på brist på vård- och omsorgsboendeplatser i Örebro kommun. Till övriga 11 kommuner har utskrivningsklara kunnat lämna sjukhuset relativt snabbt i de allra flesta fall. Antalet utskrivningsklara patienter har under hela året påverkat tillgången på vårdplatser vid länets tre sjukhus. Det finns emellertid ett etablerat arbetssätt där kontakt kan upprättas med kommuner som har långa vårdtider för dialog om åtgärder.

En fortsatt ökning av antalet utskrivningsklara patienter inom somatisk vård noterades under 2025 jämfört med 2024 (se diagram nedan). Diagrammet visar på 11 592 dygn för utskrivningsklara patienter under 2025, vilket motsvarar 32 vårdplatser/dag. Ett annat sätt att beskriva detta är att det varje dag, året runt, finns mer än en hel vårdavdelning i RÖL med utskrivningsklara patienter, som av olika skäl inte kan skickas hem. Det medför patientsäkerhetsrisker för dessa 32 patienter, men också för de patienter som i stället hamnar på överbeläggningsplatser eller blir utlokaliserade.



*Antal utskrivningsklara dagar inom **somatisk** sjukvård i RÖL.*

Inom psykiatrin, är situationen betydligt bättre då 90% av patienterna åker hem samma dag som de är utskrivningsklara. Ökningen jämfört med 2024 förklaras av ett fåtal patienter med långa vårdtider (se diagram).

Utöver de utskrivningsklara dagar som redovisas finns patienter som är klara för utslussning från psykiatrisk slutenvård. Det gäller bostadslösa patienter, som tvångsvårdas för allvarlig psykisk störning, men saknar möjlighet att på egen hand skaffa ett boende.

I slutet av 2025 fanns en handfull sådana patienter, som blivit kvar inom slutenvård i rättspsykiatrin eller allmänpsykiatrin i upp till flera år längre än vad som hade varit nödvändigt, om bland annat Örebro kommun hade erbjudit utskrivna patienterna bostäder.



*Antal utskrivningsklara dagar inom **psykiatrisk** sjukvård i RÖL.*

Vårdplanering i samverkan (ViSam)

Vårdövergångar mellan regionens verksamheter och kommunens hälso- och sjukvård innebär risker för patienten. För att hantera dessa risker arbetar man för att uppnå bland annat:

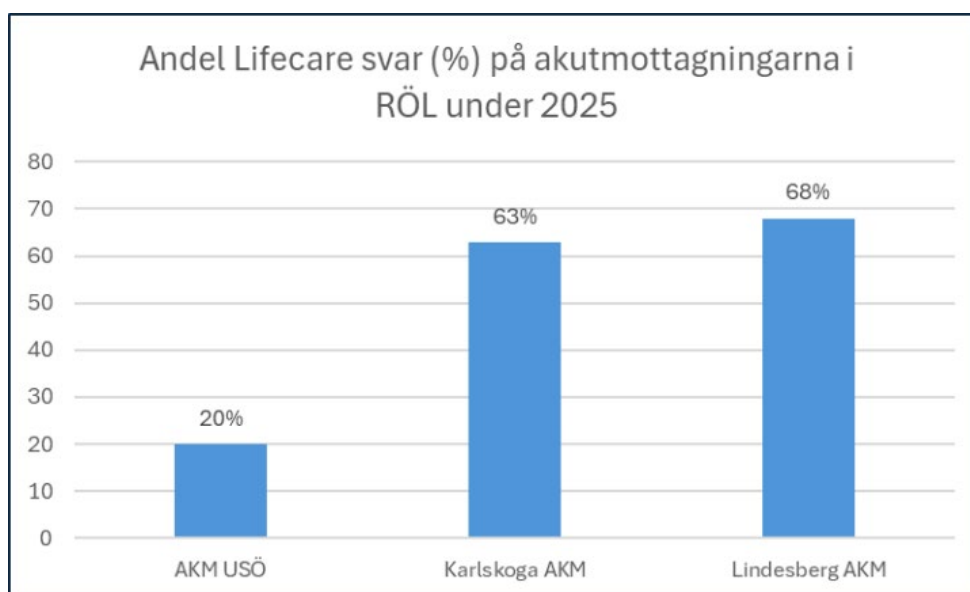
- förbättrad samordnad individuell planering för de som behöver det,
- förbättrad informationsöverföring mellan verksamheter
- förbättrad information till patienten och
- förebyggande åtgärder för att undvika onödig inskrivning på sjukhus

De resultat som hittills uppnåtts i detta arbete inkluderar exempelvis:

- etablerade arbetssätt för samverkan med stöd av ViSam-modellen skapa trygga vårdövergångar och identifiera brister i vårdkedjan.
- vårdsamordnare vid vårdcentralerna, utskrivningssamordnare på länets sjukhus och kommunernas motsvarigheter är nyckelfunktioner i arbetet med trygg och säker utskrivning.
- vård- och omsorgskollen, som är ett trygghetsskapande samtal för att förstå hur utskrivningen fungerar för patienten. Vårdsamordnarna vid länets vårdcentraler har ringt upp cirka 1 000 patienter under året. Ca 70–80 % av patienterna har då sagt vara nöjda, men det framkommer också många synpunkter på det som inte fungerar.

Vårdbegäran till akutmottagningen (Lifecare)

Ett sätt att förbättra informationsöverföring mellan kommunens sjuksköterska och akutmottagningen när en hemsjukvårdspatient besöker akutmottagningen är en så kallad vårdbegäran (en vårdremiss i Lifecare). Syftet är att information skickas till kommunerna från akutmottagningarna om vidtagna åtgärder när patienterna återgår till hemmet.



Andel besvarade vårdbegäran akutmottagningarna.

För 2025 ses en förbättring jämfört med 2024 framförallt vid Lindesberg och Karlskogas akutmottagningar. Ingen skillnad vid akutmottagningen USÖ.

Dessa resultat kan enbart förbättras under förutsättning att ledningen på respektive akutmottagning signalerar att återkoppling till inremitterande är en självklarhet då det handlar om de sjukaste och äldsta personerna i länet.

Antal besök av äldre på akutmottagningarna

Senast tillgängliga data från Socialstyrelsen är från 2024. Trenderna från året innan fortsätter och kan sammanfattas enligt följande:

- Antalet besök på akutmottagningen för äldre fortsätter öka något, och medan patienter i åldern 65-79 år minskar något (från 19.550 till 19.157) så ökar de i åldern 80+ (från 13.782 till 14.267).
- De tydligaste trenderna är att patientantalen på Karlskoga och Lindesbergs akutmottagningar ökar både i åldersgrupperna 65-79 år, och 80+. I Karlskoga har patienterna 80 år och äldre ökat med en tredjedel (32%) mellan åren 2022 och 2024.

Vistelsetider för äldre på akutmottagningarna

De totala vistelsetiderna för äldre minskar på USÖ medan de ökar i Karlskoga och Lindesberg. Mest uttalad är ökningen i Karlskoga där vistelsetiden ökat från 203 till 219 minuter (+8%) i åldern 65-79 år och från 215 till 237 minuter (+10%) i åldern 80+.

1177 direkt

Regionens 1177 direkt är en vårdtjänst som består av flera delar; ett automatiserat patienttriage som följs av olika digitala interaktioner med framförallt sjuksköterskor och läkare.

Triaget sorterar patientärenden och ger därigenom möjlighet att arbeta med de patienter som bedöms ha störst behov av vård först, vilket är en fördel jämfört med när bokningar sker enligt ”först till kvarn”. Median-väntetiden för de som har högst prioritet är 4 minuter till etablerad kontakt med vårdpersonal.

I den centrala enheten för 1177 direkt arbetar sjuksköterskor och läkare för att ge god vård på distans. Olika former av hudbesvär, infektioner och sjukintyg är exempel på ärenden som handläggs. I de fall patienten får hjälp med sina besvär innebär det ett besök mindre på vårdcentralen. Då kan istället en tid erbjudas en patient som behöver en fysisk undersökning.

Under 2025 genomfördes drygt 2 000 digitala distriktläkarkonsultationer, vilket medför minskad tidsåtgång för vård och patient, minskade resor samtidigt som väntetiderna är korta. Utöver egna konsultationer stöttar läkare sjuksköterskorna med rådgivning och recept. Sjuksköterskorna ger egenvårdsråd, receptförskrivningar och hänvisningar vidare i vården. Flödet av patienter kan efter den centrala enheten fortsätta till patientens vårdcentral, där digital eller fysisk kontakt tar vid där digital distansvård inte kommer längre.



Centrala enheten arbetar aktivt med avvikelser och anammar snabb återkoppling till berörda medarbetare. Avvikelser som handlar om mjukvara och autotriage skickas till Inera. Vid ett tillfälle under 2025 har en avvikelse skickats till Läkemedelsverket. Under 2025 har ingen avvikelse avseende vårdskada hanterats. Inkomna klagomål besvaras enligt rutin.

Anmälningar Medicintekniska produkter

Under 2025 har tio anmälningar om negativa händelser eller tillbud med medicintekniska produkter gjorts till Läkemedelsverket. Fler anmälningar avser olika delar i journalsystemet Cosmic, bland annat felaktig BMI-uträkning, inkorrekt visning i den grafiska vyn i läkemedelsmodulen och svar från röntgenundersökning som inte visades i Cosmic.

Andra ärenden som anmälts har exempelvis handlat om delar av en så kallad PICCline-kateter som gått av, en typ av kirurgisk häftapparat som inte fungerat som avsett och en dator till patientövervakningssystemet som gått sönder och orsakat uppehåll i övervakningen på en avdelning.

Osignerade prov- och röntgensvar

Per den 31 december 2025 fanns enligt Uppföljningsportalen 241.429 (99248 år 2024) osignerade provsvar från kemiska laboratoriet och 24370 osignerade röntgensvar (8859 år 2024). Svaren kan vara hanterade trots att de ej signerats, men detta utgör en icke obetydlig risk. Flera verksamhetsområden har rutiner i Platina som anger att provsvar skall signeras skyndsamt.

Utskrivna diktat

Per den 31 december 2025 fanns i RÖL 12 718 ännu ej utskrivna diktat, som framgår av tabellen, vilket innebär en betydande förbättring jämfört med tidigare år, särskilt inom psykiatri. De diktat som väntar på utskrift innebär en patientsäkerhetsbrist då det kan leda till fördröjning av återbesök, utredningar, remisshantering och så vidare. Varje år ses allvarliga avvikelser som är hänförliga till utskrivna diktat.

	2023	2024	2025
Nära vård	6 227	11 727	2 296
Spec vård	10 948	14 607	9 817
Psykiatri	602	1 913	265
Privat	299	1 597	340
Summa totalt	18 076	29 844	12 718

Riskhantering²⁷

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

Införandet av journalsystemet Cosmic

I september 2024 infördes journalsystemet Cosmic i hälso- och sjukvården. Utformningen av Cosmic har skett tillsammans med åtta andra regioner och utgått från nationella riktlinjer. RÖL var först ut av dessa regioner med införandet av Cosmic, vilket berörde över 7 000 medarbetare i vården. Patientsäkerhetsarbetet kopplat till Cosmic har under 2025 integrerats i förvaltningsprocessen. Genom samarbetet mellan enheten Digitala vårdmiljöer och Patientsäkerhetsenheten baserat på analys av avvikelser, vigilansärenden²⁸ och incidenter har problemområden identifierats och åtgärder förberetts. Anmälان till Läkemedelverket avseende Cosmic har gjorts i tre fall.

Antalet nya risker minskar, och en metod för systematisk riskhantering är framtagen för införande 2026. Under 2025 har insatser gjorts kring förflyttning av patienter mellan vårdenheter, väntelistor, supportflöden, behörighetsprofiler, NPÖ-information för ANIVA, användning av Uppmärksamhetssignalen, prestanda, integrationer, ”Beställningar och svar”-modulen samt fel i uthopp som påverkat tillgång till EKG.

Utbildningsinsatser, incidenthantering och ändringsarbete har genomförts, liksom dialoger med Cambio och Sussa Vårdstöd. Pilot för Ambient scribe, en lösning för automatisk journalföring, har testats i primärvård, neurocentrum

²⁷ SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

²⁸ Vigilans är processen att övervaka och analysera säkerheten (biverkningar, brister) hos läkemedel och medicintekniska produkter.

och ögon för att hantera de omfattande dokumentationsmallarna. Resultatet har lett till beslut om breddinförande 2026.

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom HS. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelse²⁹

Merparten av de avvikelser som rapporteras inom HS-förvaltningen och drygt hälften inom Folk tandvården handlar om patientsäkerhet. Avvikelse hanteras i respektive verksamhet och Patientsäkerhetsenheten finns med som ett stöd i avvikelshantering.

Inom RÖL finns målvärden för när avvikelser skall vara hanterade. De indikerar hur det systematiska arbetet med avvikelser fungerar. Målet är att minst 70% av avvikelserna skall vara öppnade och påbörjade i det administrativa systemet inom 7 dagar efter att de har skrivits samt att 80% av avvikelserna skall vara avslutade inom 180 dagar, båda målvärdena uppnåddes under 2025.

Under 2025 registrerades inom HS 11 702 avvikelser, varav 8 235 var kopplade till patientsäkerhet, vilket är ungefär 21 % fler än vad som registrerades föregående år (se tabell nedan).

	Antal avvikelser 2025	Antal avvikelser 2024	Antal avvikelser 2023
HS-förvaltningen	8 235	6 797	6 538

²⁹ PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

För att sätta antalet avvikelser kopplade till patientsäkerhet i ett sammanhang, kan man se på många olika kontakttyper som patienter haft. Även om patienternas resa genom sjukvården ingalunda enbart består av läkarbesök, så ger uppgiften om att 591 302 läkarbesök genomfördes i RÖL under 2025 en fingervisning om problemets storlek.

Antalet avvikelser som rapporteras in skall dock tolkas med försiktighet. Många avvikelser kan tyda på stora problem i en verksamhet, men det kan också visa på en verksamhet där patientsäkerhetskulturen är stark och personalen är engagerad och därför rapporterar allt som inte går bra.

Avvikelser i samverkan

Det har saknats ett övergripande patientsäkerhetsarbete över huvudmannagränserna inom Örebro län (RÖL, länets kommuner och privata vårdgivare). När en avvikelse involverar två eller flera huvudmän hanteras det som enskilda händelser, varför analys på systemnivå ofta uteblir. Under hösten 2025 har emellertid en ny rutin framtagits för att bättre hantera avvikelser i samverkan, den sjsattes 260101.

Klagomål och synpunkter³⁰

Bakgrund: Verksamhetschefen ansvarar för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras och besvaras. Svar skall skickas senast fyra veckor efter att klagomålet emottagits. Klagomål och synpunkter skall bedömas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skall verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

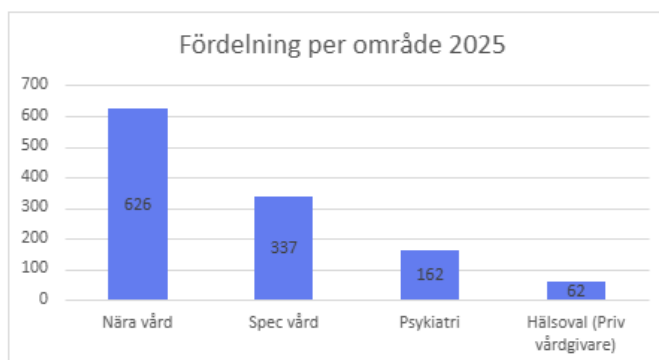
Klagomål som inkommer centralt, fördelas till de tre områdena inom HS-förvaltningen av sekreterare på Patientsäkerhetsenheten. Inflödet av klagomål

³⁰ SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

och spridningen inom förvaltningen följs av medarbetarna på Patientsäkerhetsenheten. Siffrorna inkluderar inte klagomål via Patientnämnden, vars ärenden redovisas under egen rubrik här nedan.

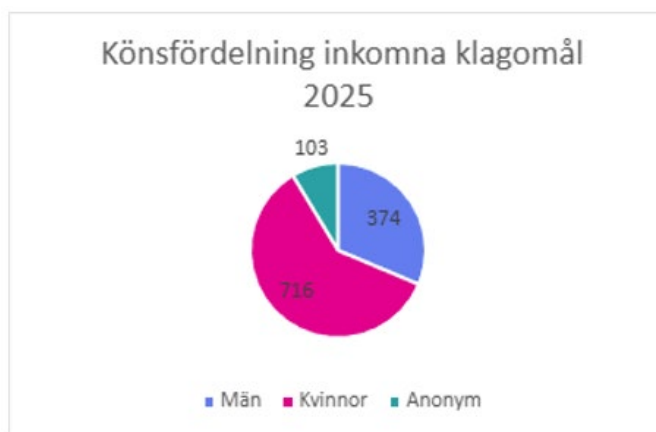
Resultat: År 2025 var antalet klagomålsärenden 1187 (år 2024 1279), ungefär som de senaste åren.

Figur 1 visar fördelning per område, även fördelning av antalet per område är ungefärligt lika genom åren.



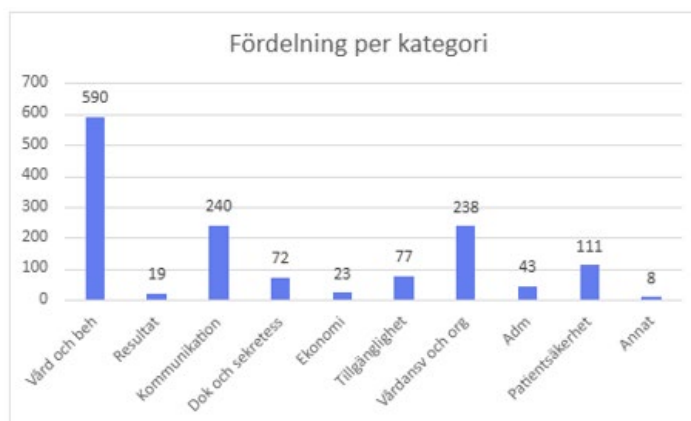
Figur 1

Figur 2 visar fördelning av ärenden mellan könen, antalet ärenden från kvinnor dominerar. Den minsta delen visar antalet anonyma ärenden.



Figur 2

Figur 3 Visar fördelningen per kategori där "Vård och behandling" är störst till antalet. Ett klagomål kan beröra flera kategorier. Vård och behandling samt kommunikation dominerar.



Figur 3

Patientnämnden (PN)³¹

I RÖL är PN underställd regionfullmäktige för att hålla ett avstånd organisatoriskt från HS. PN har en viktig funktion inom HS för att hantera synpunkter och klagomål från patienter och närstående. PN:s verksamhet utgår från lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Där framgår att nämnden skall vara oberoende och fristående från HS. PN är en opartisk instans, som lyssnar på patientens upplevelser och förmedlar dessa på ett lämpligt sätt till ansvariga inom HS. Det kan kännas svårt att framföra synpunkter eller klagomål direkt till vårdgivaren. Patienter och närstående kan då vända sig till PN och få stöd med att framföra sina klagomål och synpunkter.

Varje år sammanställer PN klagomålen från patienter och närstående i analyser och rapporter med olika teman och återför till vården. I samband med presentation av dessa rapporter och analyser förs vanligtvis en dialog mellan inbjudna representanter från vården och ledamöterna i PN. Under 2025 deltog chefläkare vid det sammanträde med PN då PN:s halvårsanalys av inkomna klagomål presenterades.

Patienters skriftliga klagomål förmedlas till verksamhetschef för den vårdverksamhet klagomålet riktas mot. Klagomålet skall besvaras inom fyra veckor. När svaret inkommit till PN förmedlas det till den som framfört klagomålet. PN utser även stödpersoner till personer som vårdas med beslut om tvångsvård.

Under 2025 inkom 1686 klagomål till PN. Av dessa var 1378 (86%) från HS och resten från privata vårdgivare. Av de 1378 skickades 961 till HS med begäran om svar. Det är alltid patienten som avgör om ett klagomål skall skickas av PN.

PN har hösten 2025 tagit fram en e-utbildning som ligger på Utbildningsportalen: "Hantera klagomål som lämnas genom

³¹ Lag om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)

patientnämnden”. Den vänder sig bland annat till verksamhetschefer och annan personal i HS som arbetar med att besvara klagomål som lämnas genom PN.

Varje år sammanställer PN analyser och rapporter av inkomna klagomål och återför till vården. I samband med presentation av dessa rapporter och analyser förs vanligtvis en dialog mellan inbjudna representanter från vården och ledamöterna i PN. Rapporterna publiceras på RÖL:s hemsida.

- Helårsanalys av 2024 års ärenden: klagomål och synpunkter avseende förlossning.
- Halvårsanalys: klagomål på hälso- och sjukvården som inkommit perioden 1 januari–30 juni 2025.
- Rapport: klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård i länets kommuner.
- Rapport: klagomål och synpunkter avseende verksamhetsområde ögon.
- Rapport: klagomål och synpunkter avseende bemötande.
- Rapport: klagomål och synpunkter avseende verksamhetsområde urologi.

Utvecklingsenheten

Under 2025 har tre händelseanalyser utförts av utvecklingsenheten på uppdrag av beredskapsöverläkaren. Dessa har avsett hanteringen av vattenläckan i Karlskoga i december 2024, skjutningarna vid moskén i Örebro i september 2025 och inrymningarna vid skolor i Lindesberg i oktober 2025. Analyserna har utmynnat i åtgärdsförslag rörande larmkedjor, kommunikation mellan olika funktioner internt och externt samt information kring beslut av särskild händelse.

Innan en händelseanalys publiceras i kunskapsbanken för händelseanalyser, NITHA, så kvalitetsgranskas den av en grupp med representanter från olika delar av regionen. Denna gruppering har under 2025 rensat bland äldre analyser som inte tidigare granskats och kommit i fas med årets genomförda händelseanalyser.

Vid en kvalitetsgranskning inför publicering i NITHA studeras främst metodefterlevnaden. Det visar sig att händelseanalyserna i RÖL har fått bättre kvalitet genom åren, både vad gäller genomlysning av händelseförloppet och rotorsaksanalysen i grafen, men även texterna i slutrapporten.

Patientsäkerhetsenhetens händelseanalyser

Från och med 2023 till och med 2025 har tio händelseanalyser genomförts under ledning av patientsäkerhetsenheten. Sex av dessa har medfört anmälan enligt lex Maria. I samtliga analyser har åtgärder identifierats som behöver genomföras på mer övergripande nivå. En händelse innebär att en genomlysning gjordes av hur nödrätten tillämpas för patienter där LPT är aktuellt.

Åtgärderna handlar bland annat om:

- arbetssätt på akutmottagningen
- larmrutiner
- vårdnivå inom slutenvården
- arbetssätt vid hög belastning
- tydliggörande av viktiga medicinska fakta
- sambedomning och dokumentation för akuta inneliggande patienter med behov av insatser från flera specialiteter
- kännedom om arbetssätt för att minska risken för diagnostiska fel

De genomförda händelseanalyserna har även påvisat ett behov av ökad medvetenhet när det gäller faktorer hos patienten så som missbruk, högt BMI, bristande språkkunskaper, psykisk sjukdom, ett inte så känt sjukdomstillstånd samt hög ålder då dessa faktorer kan öka risken för vårdskador.

Patientsäkerhetsenheten har tydliggjort vikten av återkoppling om inträffade händelser till verksamhetens medarbetare samt behovet av omhändertagande och uppföljning av berörd patient.

I händelseanalyserna har återkommande svårigheter identifierats att i tid upptäcka och agera på när en patient försämras efter ankomsten till sjukhuset på akutmottagningen men även på vårdavdelningar.

Det finns sedan år 2010 ett beslut i RÖL om att all vårdpersonal ska ges utbildning om och tillämpa ett arbetssätt som förbättrar förutsättningarna för tidig upptäckt och behandling, TUB. Inför 2026 har det identifierats ett behov av att förstärka arbetet med implementering av beslutade åtgärder så att de får genomslag bland medarbetarna i det dagliga arbetet.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Smittskyddsenheten

Smittskyddsenhetens huvudsakliga uppdrag är att övervaka, förebygga och begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor i RÖL. I detta ingår epidemiologisk övervakning, hantering av smittskyddsanmälningar och paragrafärenden. Information till allmänheten och särskilt utsatta grupper för att skydda sig mot smittsamma sjukdomar är andra uppgifter. I uppdraget ingår även förebyggande åtgärder, pandemiberedskap och utbrottshantering, samt utbildningsinsatser, råd och stöd till behandlande läkare, sjukvårdspersonal och andra i smittskyddsarbetet. Verksamheten styrs av smittskyddslagen³² och smittskyddsförordningen³³.

³² SFS 2004:168

³³ SFS 2004:255

Smittskyddsenheten tillhör organisatoriskt Patientsäkerhetscentrum, medan Smittskyddsläkaren vilar under hälso- och sjukvårdsdirektören. Smittskyddsenhetens arbete under 2025 beskrivs utförligt i dess verksamhetsberättelse.

Sammanfattningsvis sker epidemiologisk övervakning för smittsamma sjukdomar i länet fortlöpande, rapporter bearbetas och sammanställs månadsvis/kvartalsvis. Övervakning sker via SmiNet, ett nationellt anmälningssystem för smittsamma sjukdomar. Vidare hanteras paragrafärenden och inkomna handlingar fortlöpande. Smittskyddsläkaren har besvarat eller inkommit med synpunkter på flera remisser under året, där utredningen ”Stärkt pandemiberedskap” (SOU 2025:48) särskilt bör nämnas. Aktuell utredning har haft som övergripande syfte att se över regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning.

Beredskapsfrågor är centrala för enhetens arbete, och sker såväl i nationell som regional kontext, inom regionen och med andra myndigheter. Smittskyddsläkaren är utsedd att delta i Nordiska nätverket för pandemiberedskap och resiliens (NordPrep) som är ett nätverk mellan folkhälsomyndigheterna i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige. Nätverket skall arbeta för evidensbaserade pandemiinterventioner.

Andra fokusområden för enhetens arbete är vaccination med planering av regionens vaccinationsarbete. Under 2025 har bland annat vaccination mot humant papillomvirus, HPV, tillkommit, utöver vaccinationsinsatser mot säsongsvirus och fästingburen hjärninflammation, TBE. Utbrottshantering av olika smittsamma sjukdomar sker fortlöpande. Insatser i linje med den nationella elimineringsplanen för hepatit C har utvidgats till att även omfatta hepatit B. Arbetet med STI- och hiv-prevention fortgår under längre tidshorisont, liksom förebyggande arbete kring smitta i förskola. Aktuell forskning vid enheten inkluderar projekt om infektioner inom särskilda boenden för äldre, sekvensering av resistenta bakterier såsom MRSA samt forskning inom TBE-området.

Vårdhygien och Strama

Strama och enheten för vårdhygien har under 2025 arbetat mot vårdcentraler och patientnära verksamheter inom slutenvården för att introducera visionen om en AntibiotikaSmart sjukvård enligt konceptet lanserat av Folkhälsomyndigheten under 2024. Visionen syftar till att verksamheterna skall utforma ett systematiskt arbetssätt för att verka för en hållbar antibiotikaanvändning och motverka vårdrelaterade infektioner (VRI) med det gemensamma målet att vi skall ha kvar verksamma antibiotika för kommande generationer. Hittills har tre vårdcentraler i RÖL diplomerats som AntibiotikaSmarta och en enhet inom slutenvården uppfyller de lokala kriterierna för en AntibiotikaSmart verksamhet.

Tillgång till diagnoskopplad förskrivningsstatistik och fortlöpande data kring VRI:er är en hörnsten för att verksamheterna regelbundet skall reflektera över sin förskrivning och utvärdera behov av åtgärder för att förhindra dessa undvikbara infektioner. För primärvården finns ett välfungerande verktyg, Medrave, som återkopplar diagnoskopplad antibiotikaförskrivning samt presenterar verksamheternas data i relation till primärvårdens uppsatta kvalitetsmål. Motsvarande system för slutenvården är Infektionsverktyget som också skall kunna registrera VRI. Data som presenteras från Infektionsverktyget har dock sina begränsningar och arbetet för att identifiera alternativa rapportverktyg pågår fortlöpande. Under tiden har Infektionsverktyget återintroducerats under 2025 efter validering av data och framtagande av standardrapporter för VRI:er och diagnoskopplad antibiotikaanvändning och utbildning av läkarkåren har påbörjats och kommer fortskrida under 2026.

Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) är av vikt för att förhindra VRI:er. Under 2025 genomfördes PPM avseende BHK i två omgångar, som nämns på sidan 18.

Under 2025 har Enheten för vårdhygien arbetat med att implementera den regionala handlingsplanen för att minska smittspridning och förebygga vårdrelaterade infektioner. Handlingsplanens syfte är att stödja verksamheter

i ett långsiktigt och effektivt förebyggande arbete för att minska VRI och motverka antibiotikaresistens.

Arbete pågår också med framtagandet av en ny webbaserad utbildning avseende vårdhygien till stöd för personal inom kommunal vård och omsorg. Enheten för vårdhygien har under 2025 arbetat fortlöpande med stöd och rådgivning i samband med utbrott och smittspridning inom vården, och har ett omfattande utbildningsuppdrag mot både personal och studenter kopplat till infektionsprevention.



Mål för 2026:

- Varje verksamhet har tillgång till rapporter avseende antibiotikaanvändning och förekomst av vårdrelaterade infektioner. Verksamheten vidtar åtgärder med syfte att förebygga VRI och att följa att antibiotika förskrivs på en adekvat nivå för den egna verksamheten.
- Andelen patienter med minst en pågående VRI ska vara högst 5 % (10,3 % år 2023/24)
- Hälso- och sjukvårdsledningen, regionens tre sjukhus och samtliga vårdcentraler i RÖL bedriver ett aktivt arbete för att diplomas som AntibiotikaSmarta.
- Identifiering och lansering av ett tillgängligt och användarvänligt system för presentation och uppföljning av VRI och diagnoskopplad antibiotikaanvändning inom slutenvården.

Beredskapscentrum

MSB och Försvarsmakten publicerade i september 2025 gemensamma utgångspunkter för totalförsvaret år 2025-2030. Dokumentet utgör grunden för rikets planering och utveckling av totalförsvaret och riktar sig till alla aktörer som deltar i totalförsvarsförberedelserna.

Ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) kommer börja gälla 1 januari 2026. Av ändringarna framgår bland annat att regionen skall planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för katastroftillstånd, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka och andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter enligt 8 kap. Till yttermera visso skall regionen lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som regionen skall erbjuda enligt denna lag. RÖL:s katastrofmedicinska beredskapsplan omarbetades 2023 och revideras årligen i enlighet med aktuella styrande dokument.

Som en del av att vara beredd för störningar och händelser arbetar verksamheterna fortsatt med kontinuitetsplaner och beredskapsplaner. En kontinuitetsplan innebär att verksamheten identifierar sin kritiska verksamhet och gör planer för hur den skall kunna upprätthållas på en acceptabel nivå under alla omständigheter. En beredskapsplan syftar till att säkerställa att en organisation är redo att hantera allvarliga händelser innan de inträffar.

För att ytterligare öka hälso- och sjukvårdens förmåga och robusthet har en överenskommelse träffats mellan regionerna och SKR (Sveriges kommuner och regioner) om att utöka lagerhållningen för intensivvård och den traumavård som kan leda till intensivvård gällande medicinteknisk utrustning av förbrukningskaraktär samt personlig skyddsklädsel. Utifrån detta har ett projekt startats i RÖL. Vidare har medel tilldelats regionen för att stärka förmågan att bedriva hälso- och sjukvård vid höjd beredskap.

Utbildning och övning

Beredskapscentrum har under 2025 tagit fram en digital grundläggande utbildning i katastrofmedicin som bör ses av samtliga medarbetare i regionen.

Vidare har Beredskapscentrum genomfört katastrofmedicinsk grundkurs vid två tillfällen, utbildning i stabsmetodik och åtta tillfällen för medicinsk ledningsgrupp på akutmottagningen. Ett exempel på övning som utförts under 2025 är samverkansövning med ambulans, polis och räddningstjänst med syfte att öva ledning på skadeplats.

Vid patientsäkerhetsronder har 77 av 83 verksamheter angivit att de har reservrutiner för driftstörning, men bara 23 svarar att de övar på den. Vidare svarar 43 verksamheter att de inte har implementerat beredskapsplanen.

Händelser och analys

Under 2025 har Örebro län drabbats av olika typer av särskilda händelser. Analyser av händelserna har genomförts där felhändelser identifierats och förslag på åtgärder för att minska risken för återupprepande har tagits fram.

Övriga aktiviteter

Beredskapscentrum har under 2025 arbetat med att ta fram rutiner och arbetssätt för krisstöd/anhörigupplysning, masskada samt hantering av händelser med skadliga ämnen (CBRNE) inklusive övning, arbetet fortsätter under 2026. Beredskapscentrum deltar i nationella, regionala och lokala nätverk gällande bland annat kontinuitetshantering, beredskap och totalförsvaret mm.

Sjukvårdens säkerhet och robusthet inför kris och krig

Den nationella säkerhetsstrategin och det förändrade säkerhetspolitiska läget har haft påverkan på HS under 2025. Strategin betonar robusthet och totalförsvaret, vilket innebär att vården ska kunna upprätthålla funktionalitet även vid kris, höjd beredskap och krig.

Under 2025 har RÖL förstärkt den fysiska säkerheten i vårdmiljöerna. Ett steg är att införa nödlåsningsfunktioner med syftet att snabbt kunna begränsa tillträde vid hotfulla situationer eller pågående dödligt våld (PDV). Nödlåsningen kompletteras med tydliga larmrutiner och utbildning av personal.

Utbildning i pågående dödligt våld (PDV) har tagits fram och implementerats för personal inom regionens förvaltningar. Samverkansövningar med blåljusmyndigheter har genomförts under ledning av PROSS-grupperingen (Polisen, Räddningstjänsten, SOS Alarm i ett samarbete för att effektivisera insatser vid olyckor och kriser) och dess övningsledning för att stärka beredskapen vid antagonistiska hot.



Övning i pågående dödligt våld.

Larmrutiner för hotfulla situationer har införts på länets sjukhus, inklusive informationsspridning via regionens larmserver. Regionen erbjuder personlarm för ensamarbetande personal som löper risk att utsättas för olyckor eller situationer med hot och våld vid exempelvis hembesök. En ökad satsning på arbetsmiljö och trygghet för personal genomförs genom riskbedömningar och stöd vid incidenter.

Kampanjen ”våga fråga” har fortsatt för att öka medvetenheten om obehöriga i lokalerna.

Ett prioriterat arbete är att höja grundnivån inom hot och våld. Den ökade hotbilden mot samhällsviktig verksamhet har tydliggjort behovet av att alla medarbetare har en gemensam basnivå av kunskap och handlingsberedskap. Dessa åtgärder ökar tryggheten för patienter och medarbetare och är en del av regionens arbete med att möta den höjda nationella hotnivån.

Synpunkter från Patientsäkerhetsenheten (PSE)

Enheten har blivit mer känd och etablerad i RÖL med ett förbättrat och förtroendefullt samarbete på områdes- och verksamhetsområdesnivå. Fem händelseanalyser slutfördes under 2025 inom enheten. Dessa kräver en stor arbetsinsats, men ger en betydligt bättre förståelse av underliggande orsaker till allvarliga avvikelser och möjliggör därmed också mer relevanta åtgärder än vanliga internutredningar som verksamheterna genomför.

Medarbetare från PSE deltog under 2025 i en rad olika regionala och nationella fora med bäring på patientsäkerhet. PSE har två representanter i den regionala samverkansgruppen i Mellansverige inom patientsäkerhet. Via gruppen har kunskapsstöd för patientsäkerhet, som har tagits fram i det nationella systemet för kunskapsstyrning HS, vidareförmedlats till regionen.

Representanter för PSE har även deltagit i nationella möten med kunskapsstyrningen för patientsäkerhet, Socialstyrelsen och LÖF.

Hälsoekonomiska analyser har påbörjats under 2025 som ett sätt att mäta inte bara den mänskliga kostnaden för allvarliga vårdskador utan även den ekonomiska.

PSE har i olika sammanhang under året uppmuntrat det arbetssätt som Läkaresällskapet tagit fram gällande så kallade Kloka kliniska val, enligt vilket patienter skall få just sådan ”adekvat” vård som patientsäkerhetslagen kräver och varken under- eller överutredas och behandlas.

Utmaningar inför 2026

Chefläkargruppen har identifierat flera risker och utmaningar för HS i RÖL att hantera avseende patientsäkerhet under 2026, varav några sammanfattas nedan.

1. Sammanfattning av patientsäkerhetsronder och identifierade risker

Under 2025 har patientsäkerhetsronder genomförts vid samtliga sjukhuskliniker, vårdcentraler, psykiatriska och länsövergripande enheter.

Huvudsakliga riskområden

- **Vårdplatssituation och flöden:** Bristen på vårdplatser och svårigheter att nå rätt vårdnivå identifieras som en av de största riskerna inom både somatik och psykiatri. Detta inkluderar flaskhalsar vid akutmottagningar, köer till neuropsykiatriska utredningar samt brister i den palliativa vårdkedjan.
- **Kompetensförsörjning:** En genomgående riskfaktor är bristen på specialistläkare (särskilt inom allmänmedicin och psykiatri) samt erfarna sjuksköterskor i slutenvården. Detta har i flera fall direkt kunnat kopplas till fördröjd diagnostik och brister i uppföljning. Vid 83 patientsäkerhetsronder har 55 enheter signalerat att bemanningen inte är tillräcklig.
- **Tillgänglighet och köproblematik:** Inom ögonsjukvård och primärvård noteras betydande vårdskulder och väntelistor som är svåra att prioritera adekvat, vilket ökar risken för att allvarliga tillstånd inte upptäcks i tid.

2. Införandet av Cosmic: Påverkan på patientsäkerheten

Vid 83 patientsäkerhetsronder, har 70 verksamheter signalerat att införandet av Cosmic fortfarande påverkar patientsäkerheten negativt.

Implementeringen har påvisat många nya risker.

- **Läkemedelshantering:** Frånvaron av en fullt fungerande synkronisering mellan Pascal (en nationell webbapplikation som används av läkare, sjuksköterskor och farmaceuter för att hantera läkemedel till patienter som får sina mediciner i färdigförpackade påsar) och läkemedelslistan i Cosmic utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk som kvarstår vid årets slut.
- **Under 2025 har alla Cosmicmärkta avvikelser i Platina** sökts ut och kategoriserats. Då sågs tydligt att läkemedelsrelaterade Cosmicavvikelser stack ut i antal och allvarlighetsgrad. En riskanalys gällande läkemedel genomfördes då där chefläkare och patientsäkerhetsstrateg analyserade ungefär 1100 läkemedelsrelaterade avvikelser. De två största kategorierna som framkom var "ordination mm" som är läkarnas arbetsuppgifter samt "administration mm" som är sjuksköterskornas arbetsuppgifter.

- **Informationsöversikt:** Bristfälliga patientöversikter, svåröverskådliga övervakningsparametrar och problem med uppmärksamhetssignaler skapar risker.
- **Produktivitet och dokumentation:** Inom primärvården har ett initialt produktionstapp lett till ökad vårdskuld.
- **Handhavande:** En icke-enhetlig dokumentationspraxis mellan olika kliniker skapar osäkerhet vid patientöverflyttningar.

3. Systematiskt patientsäkerhetsarbete och lärande

Trots utmaningarna finns i RÖL över lag en god säkerhetskultur med en adekvat rapporteringsvilja.

Lärdomar från Lex Maria och avvikelser

- **Fördröjd diagnostik:** Flera fall rörande fördröjd diagnos av cancer och diabetes typ 1 hos barn har lett till omfattande utbildningsinsatser och reviderade rutiner för SVF (standardiserade vårdförlopp).
- **Kommunikationsbrister:** Bristande samverkan mellan specialiteter (t.ex. primärvård/onkologi och somatik/psykiatri) har identifierats som en orsak till fördröjd behandling.
- **Rutinutveckling:** Avvikelser har lett till konkreta förbättringar, såsom nya rutiner för syrgasbehandling inom geriatriken, stärkt infektionskompetens i Lindesberg och förbättrad hantering av oväntade fynd vid röntgenundersökningar.

4. Analys av framgångsfaktorer och hinder

Framgångsfaktorer

- **Nära ledarskap:** Verksamheter som lyckats fördela ledarskapets operativa börda för att frigöra tid för strategisk rekrytering och kompetensutveckling har uppvisat bäst uthållighet.
- **Samverkan:** Dialogen mellan länets tre akutmottagningar och samverkan inom primärvården (MLA/MLU-forum) har varit avgörande för att hantera belastningstoppar.

- **Innovation och priser:** Psykiatrin har belönats med ett patientsäkerhetspris för sitt arbete med att strukturera diktathantering och journalföring.
- **Utveckling:** Rättspsykiatrin framhålls som ett föredöme där förbättrad bemanningssituation och stark säkerhetskultur skapat en tryggare vårdmiljö.

Hinder

- Nationell brist på specialistkompetens.
- Ekonomiska ramar som begränsar handlingsutrymmet i en tid av teknisk omställning.
- Begränsningar i Cosmic som ännu inte stödjer alla kliniska flöden optimalt.

5. Prioriterade förbättringsförslag inför 2026

- **Utbildningsinsatser:** Genomföra riktade utbildningar i internutredningsmetodik för första linjens chefer och medicinskt ledningsansvariga.
- **Teknisk optimering:** Prioritera integrationen mellan Pascal och Cosmic samt förbättra systemets prestanda och överskådlighet.
- **Kompetensförsörjning:** Intensifiera arbetet med att behålla och rekrytera nyckelkompetens, särskilt genom att förbättra arbetsmiljön på de mest utsatta enheterna.
- **Systematisk uppföljning:** Utveckla metoder för att bättre mäta vårdens resultat, inte bara dess strukturer och processer, i enlighet med SOSFS 2011:9.
- **Förbättrad implementering:** Av beslutade åtgärder och följsamhet till befintliga centrala rutiner.

Patientsäkerhetsenhetens satte i den förra Patientsäkerhetsberättelsen upp flera mål för 2025 indikatorer kopplade till patientsäkerhet.

Uppnådda mål

- Andelen patienter i slutenvård med sjukhusförvärvade trycksår skall ligga under 5%. Utförd mätning under 2025 visar att siffran är 4% dvs målet uppnåddes.
- Antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare ligga under riksgenomsnittet. Målet uppnåddes.

Ej uppnådda mål

- 100 % av personalen följer basala hygien- och klädrutiner. Detta mål nåddes inte.
- 100% av verksamheterna inom somatisk slutenvård använder Infektionsverktyget för systematisk uppföljning och återkoppling. Målet uppnåddes inte.
- Andelen Lifecare-svar på inkomna vårdremisser skall vara minst 50% på alla sjukhus i RÖL. Målet uppnåddes inte. V.g. läs mer om Lifecare på sidan 36.
- Andelen operationer där hela WHO:s checklista för säkrare operationer tillämpats vara >95% . Målet uppnåddes inte. Avvikelsen från målet var betydande och har rapporterats till HSLG, då detta utgör en icke försumbar patientsäkerhetsrisk.

Data för nedanstående mätvärden har ej kunnat tas fram

- Oplanerad återinskrivning för patienter över 65 års ålder inom 30 dagar skall inte överstiga 10%.
- Antalet överbeläggningar i somatisk vård per 100 disponibla vårdplatser skall vara högst 1%.

En solskenshistoria från Lindesberg

Vi avslutar denna patientsäkerhetsberättelse med ett lysande exempel på effekterna av sjukvård med bästa tänkbara patientsäkerhet, när hela laget av vårdpersonal runt patienten strävar mot samma höga mål.

Exemplet kommer från den ortopediska verksamheten i Lindesberg, som har fått uppmärksamhet för föredömligt goda resultat. Rubriken i TT:s artikel den 11 mars 2025 var: "Ortopeden vid Lindesbergs lasarett i Sverigetoppen."

I riket är genomsnittet för reoperationer på grund av någon allvarlig komplikation efter ett höftledsbyte på grund av artros 2,1 procent inom två år, men vid Lindesbergs lasarett är motsvarande siffra blott 0,5 procent.

Rikssnittet för enbart infektion som orsak till reoperation i den konstgjorda höftleden är 1,2 procent, men bara 0,2 procent för Lindesbergs lasarett.

Siffrorna kommer från Svenska ledprotesregistret och bygger på uppföljning av 1 700 opererade under fyra års tid.



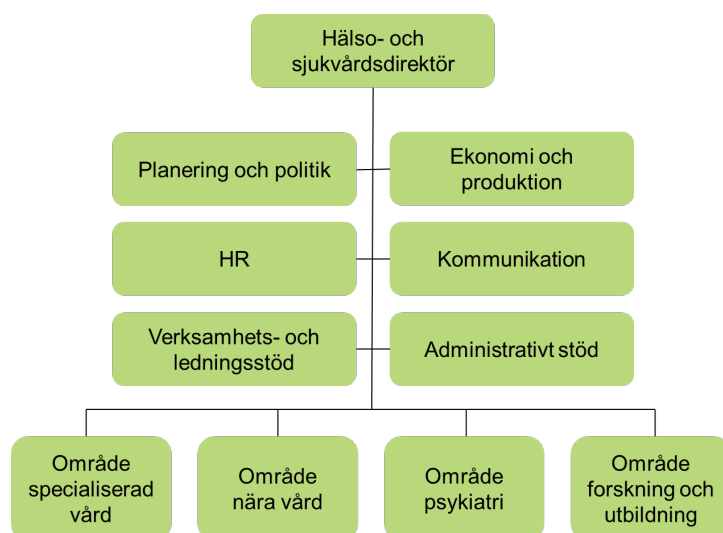
Resultaten imponerar särskilt eftersom patienterna överlag är äldre och skörare än den genomsnittliga protesopererade patienten på många andra sjukhus i Sverige.

De goda resultaten medför först och främst ett betydande lidande undviks hos de patienter som får nya höftleder vid Lindesbergs lasarett. Det medför förstås också att resursåtgången för RÖL minskar på flera plan och istället för att reoperera patienter, kan flera patienter erbjudas tid för att få en ny höftled.

Bilaga 1. Organisation och patientsäkerhetsansvar i regionen

I den politiska organisation som trädde i kraft år 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare i juridisk mening och har därmed det yttersta ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Folk tandvårdsnämnden. Servicenämnden ansvarar för verksamheten inom Regionservice.

HS utgör regionens största förvaltning och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ), länsdelslasaretten i Karlskoga och Lindesberg, olika vårdcentraler samt ett antal fristående enheter. Verksamheten är från och med 1 januari 2021 organisatoriskt indelad i fyra områden; Nära vård, Specialiserad vård, Psykiatri samt Forskning och utbildning.



Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsorganisation.

Inom Område nära vård ingår sedan omorganisationen år 2024 åtta verksamhetsområden, nämligen primärvård, länsverksamheter inom primärvård, habilitering och hjälpmedel samt barn- och ungdomshabilitering. I slutet av 2025 drevs ett tjugotal av länets vårdcentraler inom hälsovalet för primärvård av RÖL.

Inom Område specialiserad vård ingår 23 verksamhetsområden. Dessa utgörs av sjukhusverksamheterna vid Universitetssjukhuset i Örebro, vid Karlskoga lasarett och vid Lindesbergs lasarett, exklusive psykiatri.

I Område psykiatri ingår de fem verksamhetsområdena allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, specialistpsykiatri och verksamhet- och ledningsstöd psykiatri.

Område FoU har sex verksamhetsområden, varav arbets- och miljömedicin är det enda med en viss patientnära verksamhet. Dock är flera verksamhetsområden inom område FoU nära samarbetspartner i frågor om systematiskt patientsäkerhetsarbete, exempelvis Läkemedelscentrum och Utbildningscentrum. RÖL bedriver också forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro universitet.

För primärvården i Sverige finns sedan 2010 ett obligatoriskt vårdvalssystem. I RÖL kallas vårdvalssystemet Hälsoval Örebro län. Vårdvalsmodellen innebär att invånaren väljer vårdcentral och att den valda vårdcentralen är förstahandsvalet för vård och behandling och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård.

Hälsovalet ger leverantörer av primärvård som uppfyller regionens krav på Vårdcentraler rätt att etablera sig fritt inom länet enligt Lagen om valfrihetssystem (2008:962). Rätt till etablering sker efter en utvärderingsprocess för godkännande. Basuppdraget och ersättningssystemet för vårdcentralerna är lika för alla vårdcentraler oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Ersättningen till vårdcentralerna följer invånarens val av vårdcentral.

Regionservice är en egen förvaltning. Verksamheten utgörs av stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, försörjning, kundtjänst, regionfastigheter, region IT och medicinsk teknik. Regionservice uppgift är att stödja RÖL:s verksamheter och ledning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden för att regionens HS-verksamheter uppfyller intentionerna i gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Denne ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete. Direktören har till sitt stöd en ledningsgrupp (HSLG) med utsedda chefer, t.ex. områdeschefer med uppdrag enligt delegation.

Förvaltningsövergripande chefläkare ingår i HSLG och har ett övergripande processansvar för samordning av chefläkarfrågor på förvaltnings- och områdesnivå. Den förvaltningsövergripande chefläkaren företräder huvudmannen i patientsäkerhetsfrågor, både lokalt, sjukvårdsregionalt och nationellt, och utgör ett stöd till övriga chefläkare vad gäller hanteringen av patientsäkerhetsfrågor med iakttagande av de specifika lagar, bestämmelser och myndighetskrav som föreligger inom patientsäkerhetsarbetet. Hur sjukvården leds och hur ansvarsfrågorna är fördelade för övrigt framgår av styrdokument 322156 i Platina.

Patientsäkerhetscentrum

Centrumet är etablerat för att stärka processarbetet runt patientsäkerhet. Genom att samla enheter och funktioner som är centrala för det strategiska patientsäkerhetsarbetet uppnås samordningsvinster och en tydlighet ut i organisationen. Enheten samverkar inom flera områden med kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador som minsta gemensamma nämnare.

Enheter:

- Kliniskt träningscentrum vid USÖ (KTC-USÖ)
- Vårdhygien/ Smittskydd/ Strama
- Patientsäkerhetsenheten
- Klinisk etikkommitté

Funktioner:

- Chefläkargruppen
- Patientsäkerhetsstrateger

Utöver förvaltningsövergripande chefläkare, finns även chefläkare och anmälningansvariga. Patientsäkerhetsstrategerna är fem till antalet och utgörs av legitimerade sjuksköterskor.

Chefläkarna arbetar på direkt uppdrag av förvaltningsövergripande chefläkare med ansvar för respektive område och arbetar med ett undantag huvudsakligen kliniskt. Anmälningansvarig sjuksköterska ansvarar för avvikelser som rör omvårdnad.

Inom Folktandvården finns cheftandläkare med ansvar för anmälningar och avvikelser, och inom Regionervice finns anmälningansvarig för medicintekniska produkter. En biomedicinsk analytiker på USÖ är anmälningansvarig för In vitro-diagnostik.

Förutom att vara anmälningansvarig inom sitt ansvarsområde, deltar chefläkare och anmälningansvariga i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter. De skall också ansvara för att bevaka klagomål som avser patientsäkerhet, delta i risk- och händelseanalyser samt initiera och samordna utredning av vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

Fotografer:

- Håkan Risberg/Region Örebro län – framsida, sida 5, 12, 14, 21, 33, 38, 50, 53, 59.
- Maria Bergman/Region Örebro län – sida 16.
- Lars-Göran Jansson/Region Örebro län – sida 27.