

Patientsäkerhetsberättelse 2025

Region Östergötland

Agera
för säker vård



Innehåll

Sammanfattning	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	10
Strålsäkerhet	11
En god säkerhetskultur.....	12
Adekvat kunskap och kompetens.....	14
Patienten som medskapare	17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	19
Riskområden med särskilt fokus	27
Indikatorbaserad månadsuppföljning.....	28
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	30
Avvikelser – totalbild.....	31
Vårdplatssituation, utlokaliseringar och överbeläggningar.....	32
Journalgranskning.....	35
Klagomål och synpunkter	38
Klagomål via Patientnämnden	39
Tillförlitliga och säkra system och processer	42
Säker vård här och nu.....	46
Stärka analys, lärande och utveckling.....	48

Öka riskmedvetenhet och beredskap	49
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	51

Sammanfattning

Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete utgår från *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet* där fyra grundförutsättningar och fem fokusområden utgör formen för insatser och fokusområden. Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete under 2025 har utmanats av fortsatt hög belastning, särskilt kopplat till vårdplatsbrist, trots att vi under året ökat antalet vårdplatser. Vi har fortsatt behov av att minska på utlokaliseringar, överbeläggningar och för ökad tillgänglighet. Dessa faktorer påverkar både patientsäkerheten och arbetsmiljön negativt. Arbete med att minska hyrpersonal har lett till att fler sjuksköterskor har kunnat anställas vilket på sikt leder till bättre stabilitet i arbetsgrupper, skapar förutsättningar för kontinuitet i schemalaggningsen och det i sin tur påverkar patientsäkerheten positivt.

Säkerhetskulturen har utmanats av organisatoriska förändringar, men flera insatser har genomförts inom ledning, utbildning och informationssäkerhet. Den nya regionala strategin och handlingsplanen för 2026–2031 är nu klar.

Centrala resultat under året är att fall, trycksår och undernäring kvarstår som betydande vårdskadeområden, även om vissa förbättringar ses. Vårdrelaterade infektioner minskar och når målvärdet på 5 %. Följsamheten till basala hygienrutiner är fortsatt för låg (84 %, mål 95 %). Avvikelse totalt ligger kvar på samma nivå, men allvarliga avvikelser minskar och flera utredningar vid allvarlig händelse initieras av verksamheterna själva vilket tyder på engagerad ledning och psykologisk trygghet, det vill säga att man rapporterar allvarliga händelser. Antalet Lex Maria anmälningar var 71 vilket är färre än året innan. De flesta av dessa anmälningar är kopplade till fördröjd vård. Klagomål från patienter via 1177 har minskat något, medan Patientnämndens ärenden ökar.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för säker vård är att högsta ledningen tydligt prioriterar patientsäkerhet i allt beslutsfattande som rör hälso- och sjukvården. Ledningens tydlighet, ansvarstagande och engagemang är avgörande för att upprätthålla samt kontinuerligt utveckla en god och säker vård.



Ledare på alla nivåer inom regionen bidrar genom att aktivt efterfråga, följa upp och utvärdera vidtagna åtgärder och fastställda indikatorer. Patientsäkerhet är en stående punkt i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, och chefläkarenheten avger regelbundet lägesrapporter till regionledningens hälso- och sjukvårdsgrupp samt regionstyrelsen. Styrning och ledning av patientsäkerhetsarbetet har tydliggjorts ytterligare, och transparensen har ökat. Patientsäkerhet behandlas allt oftare som en fast punkt på den högsta ledningens möten.

Övergripande mål och strategier

Regionens övergripande mål inom patientsäkerhetsområdet är att:

- God och säker vård ska kunna erbjudas överallt och alltid.
- Ledning och styrning av patientsäkerhet ska vara tydlig på alla nivåer i organisationen.
- Antalet vårdskador ska minska.

Organisation och ansvar

Den **Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2022–2025**, fastställd av regionstyrelsen, är ett gemensamt styrdokument för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete. Under 2025 har en ny regional strategi och handlingsplan för 2026–2031 tagits fram.

Regionfullmäktige är regionens högsta politiska beslutande organ.

Regionstyrelsen ansvarar för samordning av Region Östergötlands verksamheter och tar fram underlag till fullmäktiges beslut.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beställer regionens hälso- och sjukvård från både regiondrivna och privata vårdgivare, och fördelar de resurser som regionfullmäktige tilldelat i budgeten.

Under den politiska ledningen finns en tjänstepersonsorganisation ledd av **regiondirektören**.

- **Regionledningens hälso- och sjukvårdsgrupp** ansvarar för strategiska och principiella patientsäkerhetsfrågor på både kort och lång sikt.
- **Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp** ansvarar för taktisk och operativ samordning av patientsäkerhetsarbetet.
- **Ledningsgruppen för verksamhetsstöd och service** samordnar stöd inom patientsäkerhetsområdet gentemot hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Chefläkarenheten

Chefläkarenheten består av chefläkare, chefsjuksköterskor och administratör och är ett centralt team för såväl lokalt som regionövergripande patientsäkerhetsarbete. Enheten ansvarar för att:

- bevaka och följa upp patientsäkerheten
- driva utbildningsinsatser
- leda lokal samverkansgrupp (LSG) samt regionala nätverk
- ge stöd i utredning av allvarliga vårdskador
- handlägga och ansvara för lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Lokal samverkansgrupp (LSG) – patientsäkerhet

LSG samordnar övergripande patientsäkerhetsfrågor och består av representanter från chefläkarenheten, hälso- och sjukvårdens ledning, data- och analysenhet samt utvecklingsenhet. Under 2025 har följande arbetsgrupper (LAG) varit aktiva:

- Högriskläkemedel
- Utbildning inom patientsäkerhetsområdet
- Infartsrelaterade infektioner
- Patientsäkerhetsindikatorer
- Patientmedverkan
- Identifiering och skattning av sköra patienter

Regionalt patientsäkerhetsnätverk

Det regionala patientsäkerhetsnätverket samlar funktionsansvariga inom vårdens produktionsenheter samt inom utvecklingsorganisationen. Nätverkets syfte och uppdrag är att verka för informationsutbyte inom patientsäkerhetsområdet genom att:

- bidra med positiva exempel och erfarenheter från verksamheterna
- lyfta specifika risk- och vårdskadeområden som identifierats i verksamheterna
- vara kommunikationsvägen mellan det som tas upp på nätverket och de vårdnära verksamheterna

Stödfunktioner

- **Smittskydd, vårdhygien** och **STRAMA** ansvarar för att planera, organisera och leda arbetet inom respektive område med fokus på smittskydd, förebyggande av vårdrelaterade infektioner och ansvarsfull antibiotikaanvändning.
- **Clinicum – kliniskt träningscentrum** erbjuder färdighetsträning och simulationsövningar och stödjer utveckling av utbildningar samt utvärderar pedagogiska resultat.
- **Patientnämnden** är en fristående och opartisk instans som stödjer patienter och närstående, utan att utreda klagomål.

Operativt ansvar

- **Produktionsenhetschef** ansvarar för utveckling, ekonomi och personal inom sitt centrum.
- **Verksamhetschef** ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetets samtliga delar inom sin verksamhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Över huvudmannagränser

Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO) är den gemensamma tjänstemannaledningen för samverkan mellan Region Östergötland och länets 13 kommuner. Gruppen ansvarar för att leda och styra länsövergripande utvecklingsarbeten samt säkerställa en gemensam

kunskapsstyrning och kontinuerlig kunskapsutveckling. Syftet med samverkan är att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg med hög tillgänglighet, kvalitet och delaktighet för invånarna i Östergötland.

Under 2025 har LGVO genomfört ett omfattande förankringsarbete där samtliga tre parter – Region Östergötland, socialförvaltningar och bildningsförvaltningar – har ställt sig bakom en gemensam samverkansstruktur för barn och unga i länet. Uppdraget har förstärkts genom rekrytering av utvecklingsledare på 50 % från respektive part.

I vårdens övergångar

Övergångar mellan vårdens olika delar har identifierats som ett fortsatt riskområde ur patientsäkerhetsperspektiv. Under 2025 har fokus legat på att vidareutveckla arbetet med Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP) samt att stärka förutsättningarna för en sammanhållen journalföring. Den tidigare överenskommelsen om samverkan för trygg, säker och effektiv utskrivning från slutna vård har avslutats, och från och med den 1 juli gäller lagstiftning kopplad till betalningsansvaret.

Ett länsövergripande utvecklingsarbete pågår för att förbättra in- och utskrivningsprocesserna samt öppenvårdsprocessen, med målsättningen att öka kvaliteten och säkerheten i vårdens övergångar.

I samverkan mellan vårdgivare

Regionens akutsjukhus har etablerade forum för regelbundna avstämningar med företrädare för kommunal vård och omsorg i hela länet. Syftet med dessa möten är att gemensamt hantera den aktuella vårdsituationen, identifiera och lösa problem i gemensamma vårdflöden samt förbättra utskrivningsprocessen.

Genom digital kommunikation och informationsöverföring

Cosmic Meddelande har nu införts brett som kommunikationsväg mellan vårdpersonal i region och samtliga kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheter. Införandet omfattar även primärvården och de öppenvårdsmottagningar som kommunerna identifierat som relevanta. Ett prioriterat utvecklingsområde i det fortsatta samverkansarbetet är införandet av Cosmic remiss som stöd i demensutredningsprocessen.

Genom planering i omställningen till Nära vård

I enlighet med avsiktsförklaringen för omställningen till Nära vård har en länsgemensam **Gemensam plan för primärvård** utarbetats. Med utgångspunkt i denna plan tas lokala handlingsplaner fram för varje kommun i samverkan med regionen. Arbetet kommer att fortgå under 2026.

Länsgemensamma programområden

Länsgemensamma programområden (LPO) för äldres hälsa och palliativ vård samt för psykisk hälsa har etablerats under året. Dessa LPO:n arbetar partsgemensamt med uppdraget att utveckla en god, effektiv och säker vård och omsorg för respektive målgrupp. Ett inriktningsbeslut finns även för uppstart av ett partsgemensamt LPO för Barn och ungas hälsa.

Hjälpmedel

En ny länsgemensam riktlinje för hjälpmedel har fastställts. Den omfattar bland annat etableringen av ett partsgemensamt hjälpmedelsråd samt ett brukarråd. Syftet är att säkerställa en säker, jämlik och likvärdig hjälpmedelsförsörjning i Östergötland.

Samverkan inom regionens verksamheter

Under året har behovet av samverkan för att förebygga vårdskador fortsatt vara högt prioriterat. Bristen på vårdplatser har krävt förbättrad kommunikation mellan vårdenheter, sjukhus och huvudmän. Arbetet har fokuserat på att:

- **Öka antalet vårdplatser**, vilket skett på alla tre sjukhus – även om behov kvarstår.
- **Stärka operationskapaciteten**, som förbättrats men fortfarande inte fullt möter behovet.
- **Bibehålla god tillgänglighet** till vård.
- **Säkerställa rätt diagnostik i rätt tid** till rätt patient.
- **Trygga primärvårdens första bedömningar** för patienter.

Flera centrum ser fortfarande behov av bättre samverkan på alla nivåer för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar. Ett större förändringsarbete har också startats för att skapa en mer effektiv och samordnad internmedicinsk verksamhet på Universitetssjukhuset i Linköping.

Invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården som helhet ligger kvar på samma nivå som tidigare enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet utgör en central del av Region Östergötlands arbete med att säkerställa trygg, säker och sammanhållen vård. Under 2025 har regionen genomfört ett flertal insatser för att stärka skyddet av patientuppgifter och stödja verksamheterna i att upprätthålla ett säkert och korrekt informationsflöde.

Utbildningsinsatser

Samtliga medarbetare och chefer har gått utbildningar inom informationssäkerhet, cybersäkerhet och dataskydd. Syftet var att uppnå en godtagbar grundnivå i informationssäker hantering, minska risken för avvikelser samt förebygga situationer som kan påverka patientens säkerhet och integritet.

Förbättrade metoder för riskhantering

Regionen har infört en ny metod med tillhörande mallar för informationsklassning, risk- och sårbarhetsanalys, konsekvensbedömning och dokumentation av beslut. Detta innebär ett mer enhetligt och systematiskt arbetssätt som stärker förmågan att identifiera, värdera och hantera risker i informationsflöden med betydelse för patientsäkerheten.

Styrande och stödjande dokument

Under året har flera centrala dokument färdigställts för att ytterligare stärka en säker hantering av information, bland annat:

- kravställning för cybersäkerhet
- skyddsåtgärder för informationssäkerhet
- medarbetarhandbok för informations- och cybersäkerhet samt dataskydd

- molntjänstprocess
- riktlinje för användning av generativ AI

Tillsammans har insatserna gjort hanteringen av patientuppgifter säkrare och mer tillförlitlig, vilket har stärkt patientsäkerheten i regionens verksamheter.

Strålsäkerhet

Region Östergötland bedriver ett systematiskt arbete för att säkerställa strålsäkerheten för patienter som genomgår diagnostik eller behandling med joniserande strålning, samt för den personal som arbetar inom sådana verksamheter. Utgångspunkten är att nyttan med strålning alltid ska överstiga risken, i enlighet med regionens ledningssystem för strålsäkerhet.

Strålsäkerhetsinformation för ledning, medarbetare och externa vårdgivare tillhandahålls via intranätet och regionens vårdgivarwebb. Medicinsk strålningsfysik ansvarar för regionens övergripande uppföljning och erbjuder expertstöd för utveckling, optimering och uppföljning av strålsäkerhet.

Nationell kunskapsstyrning strålskydd

Under 2025 har strålsäkerhet inkluderats i SKR:s kunskapsorganisation genom en nationell arbetsgrupp (NAG) under nationellt programområde (NPO) medicinsk diagnostik. Syftet är att stärka kunskapsstödet för vårdflöden som inkluderar joniserande strålning och MR.

Avvikelsestrålskydd

Under 2025 registrerades totalt 91 avvikelser inom strålsäkerhet och MR-säkerhet, vilket är i nivå med 2024. Ökningen som noterades 2024 kvarstår och bedöms främst bero på riktade informationsinsatser på APT som tydliggjort nyttan med att rapportera avvikelser. Ökningen är särskilt tydlig inom röntgenverksamheterna, där nivåerna åter motsvarar perioden före pandemin.

Ett ärende har bedömts vara av allvarligare karaktär och vidareanmälades till chefläkare eller berörd myndighet (SSM/LMV).

Uppföljning strålskydd

Strålsäkerhetsarbetet följs upp genom RH-checkar och strålsäkerhetsronder. Under året var genomförandet av RH-checkar i stort sett 100 procent inom både Folktandvården och sjukvården. Resultaten har identifierat några kliniker med behov av förstärkt stöd, vilket föranlett riktade utbildningsinsatser. Strålsäkerhetsronder genomförs som klinikens internrevision enligt fastställd checklista.

Tillsyn och dispenser strålskydd

Strålsäkerhetsmyndigheten ansvarar för tillsyn av lagefterlevnad. Under 2025 avslutade Region Östergötland en inspektion inom strålbehandling (SSM2024-1524), där fyra förelägganden åtgärdades under året.

Regionen har sedan 2020 haft dispens från krav på riktlinjer och beslutsstöd för remittering till undersökningar med joniserande strålning. För att uppfylla kraven har regionen utvecklat strukturer för remittentstöd, bland annat genom dygnet-runt-tillgänglig radiolog och omfattande rondverksamhet. Skriftlig redovisning av uppfyllnad skickades till SSM 2025-05-26 (Dnr SSM2024-14538-2).

Förbättringar under året strålskydd

För att ytterligare stärka stödet till verksamheterna har riktade utbildningar såsom "**Att leda i strålsäkerhet**" genomförts på ledningsnivå. Medicinsk strålningsfysik har fortsatt erbjuda specifika utbildningar, optimeringsstöd och riktade strålsäkerhetsmätningar, inklusive finger- och ögondosimetri. Relevant information finns tillgänglig via vårdgivarwebbens kunskapsstöd.

En god säkerhetskultur

Chefer och ledare har en central och avgörande roll i att skapa förutsättningar för en stark och hållbar säkerhetskultur inom Region Östergötland. En väl fungerande säkerhetskultur bygger dock inte enbart på ledarskap, utan förutsätter att varje medarbetare aktivt tar ansvar för att bidra till en trygg och säker vårdmiljö. De värderingar, attityder och

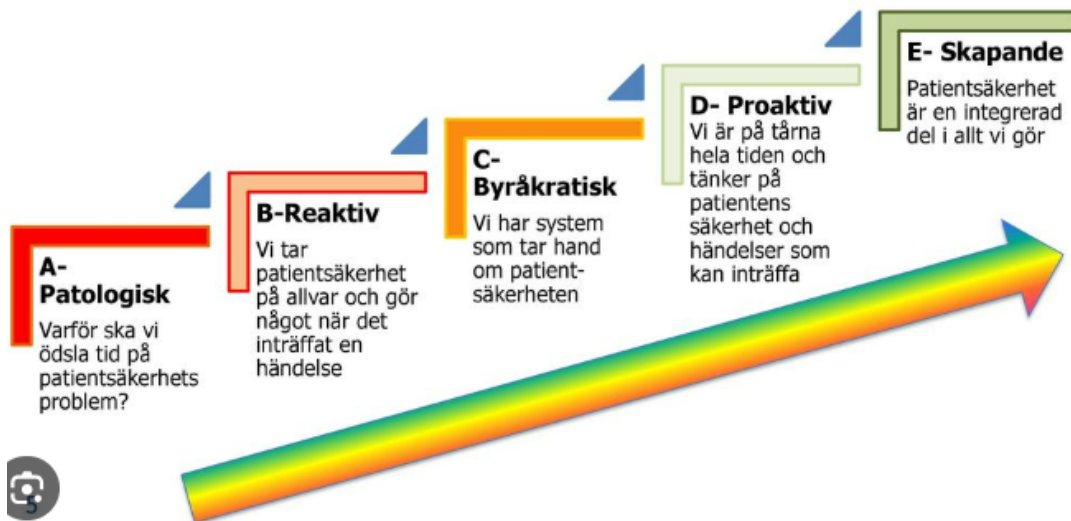


beteenden som delas av medarbetarna i organisationen har stor betydelse för hur patientsäkerhetsfrågor uppmärksammas, hanteras och prioriteras.

Regionövergripande mätning av **Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE)** har inte genomförts, vilket innebär att nuläget avseende säkerhetskulturen inte fullt ut kan bedömas på organisationsnivå. Mot bakgrund av det omfattande omställningsarbete som genomförts i regionen finns ett uttalat behov av ett långsiktigt och strukturerat förebyggande arbete för att stärka säkerhetskulturen.

Ett uppdaterat stöd- och utbildningsmaterial, inkluderande den reviderade **säkerhetskulturtrappan (A–E)**, har tagits fram och presenterats som stöd för det verksamhetsnära arbetet. Flera enheter har under året påbörjat grundläggande arbete med att kartlägga och stärka sin lokala säkerhetskultur enligt detta ramverk.

Under hösten beslutades att regionövergripande mätningar av HSE ska genomföras under 2026. Syftet är att skapa en gemensam nulägesbild, identifiera behov av förbättringar och möjliggöra riktade insatser för att ytterligare utveckla säkerhetskulturen inom hela regionens vård- och omsorgsverksamhet



Figur 1 Säkerhetskulturtrappan från A-E¹

Arbetsmiljö, psykologisk trygghet och säkerhetskultur

En god patientsäkerhet utvecklas långsiktigt i organisationer med en stabil arbetsmiljö, hög grad av psykologisk trygghet och en väl förankrad säkerhetskultur. Under 2025 har effekterna av den regionövergripande omställningen fortsatt påverka verksamheterna. I likhet med föregående år har osäkerheten kring förändringsprocesserna medfört ökade stressnivåer, högre arbetsbelastning och en påverkan på den övergripande arbetsmiljön. Detta innebär att både förutsättningar för utbildning och lärande samt möjligheten att bedriva förebyggande patientsäkerhetsarbete kan påverkas i negativ riktning.

Arbetet med att tydliggöra sambandet mellan arbetsmiljö och säkerhetskultur påbörjades på regionövergripande nivå under 2024. Under våren 2025 genomfördes flera aktiviteter inom ramen för detta arbete, bland annat dialoger och erfarenhetsutbyte i patientsäkerhetsnätverket, där också representanter från HR-organisationen deltog. Syftet har varit att skapa en gemensam förståelse för hur arbetsmiljö, ledarskap och säkerhetskultur samverkar och hur dessa faktorer påverkar patientsäkerheten.

För att nå framgång i det fortsatta arbetet krävs att nya aktiviteter initieras och att arbetet bedrivs strukturerat och långsiktigt. Ett förstärkt fokus på kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet är nödvändigt för att uppnå en hållbar säkerhetskultur och för att öka organisationens beredskap att möta nuvarande och framtida patientsäkerhetsutmaningar.

Adekvat kunskap och kompetens

Tillgång till personal med adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete är en grundläggande förutsättning för att upprätthålla en säker vård. Region Östergötland tillhandahåller en modell för patientsäkerhetsutbildning som stöd för kompetensutveckling och för att säkerställa att medarbetare har nödvändiga teoretiska kunskaper inom området.



Under året har följande utbildningsaktiviteter inom **teoretisk patientsäkerhet** genomförts:

Patientsäkerhetskunskap

Utbildning	Antal deltagare
Grundutbildning i patientsäkerhet	61
Repetition och påbyggnad	8
Chefer och ledare	32

Lärrarledda utbildningar inom patientsäkerhetsområdet drivs av chefläkarenheten. Begränsade personella resurser gör att endast ett par utbildningar inom varje område kan erbjudas per termin. Efterfrågan från verksamheterna är periodvis större än tillgången på platser vilket talar för att fler utbildningsaktörer behöver involveras.

E-utbildningar

E-utbildning	Antal deltagare
Avvikelsehantering	654
Sepsis och septisk chock	952
Vårdrelaterade infektioner	3 300
"Säker vård", nationell utbildning (Socialstyrelsen)	340

Utbildningsinsatserna syftar till att stärka kunskap, skapa gemensamma arbetssätt och bidra till en kultur där patientsäkerhetsfrågor är integrerade i det dagliga arbetet. Beslut om obligatorisk e-utbildningar inom vissa områden får effekt på antalet som deltar. Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetsutbildning rekommenderas främst till chefer och ledare. Utbildningen kommer att uppdateras under 2026.

Patientsäker bemanning och schemaläggning

Rätt bemanning, med tillgång till relevant kompetens, är avgörande för att säkerställa en god och säker vård. Regionens vårdverksamheter arbetar kontinuerligt med schemaläggning, bemanningsplanering samt hantering av korttidsfrånvaro för att upprätthålla stabila verksamheter. Trots kvarstående utmaningar kan en positiv trend noteras, med minskande sjukfrånvaro och lägre övertidsuttag i flera verksamheter.

Variationer förekommer dock mellan olika produktionsenheter, vilket påverkar förutsättningarna för ett stabilt bemanningsläge.

Vård av **inlokaliserade patienter** upplevs ofta som särskilt belastande och beskrivs ofta av vårdpersonal som negativt för arbetsmiljön. Även överbeläggningar bidrar med ökad arbetsbelastning och en upplevelse av att inte kunna ge vård i enlighet med krav och förväntningar. Dessa faktorer har en tydlig negativ påverkan på arbetsmiljön och därmed även förpatientsäkerheten.

Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

För att säkerställa att rätt kompetens når rätt funktion i verksamheten används en regional kompetensmodell. Modellen möjliggör en systematisk dimensionering av vilka utbildningsinsatser som behöver genomföras inom olika kunskapsområden och skapar en tydligare struktur för kompetensförsörjning kopplad till patientsäkerhet.

Kompetensmodellen omfattar **fyra nivåer**, utformade för att spegla olika krav på kunskap och ansvar. Den är beskriven utifrån flera centrala områden som har direkt betydelse för ett säkert och kunskapsbaserat vårdssystem:

- förbättringskunskap
- projektkunskap
- innovationskunskap
- informationsdriven utveckling
- patientsäkerhet

Under 2025 har modellen vidareutvecklats och kompletterats med ett utökat utbildningsutbud, särskilt inom projekt- och innovationskunskap. Genom att stärka kompetensen inom dessa områden skapas förbättrade förutsättningar för ett hållbart och lärande system, där verksamheterna kan arbeta mer strukturerat med utveckling, implementering och uppföljning av åtgärder som bidrar till ökad patientsäkerhet.

Yrkeskunskap och klinisk träning

Under 2025 har Clinicum fortsatt att arbeta enligt *Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022–2025*, med förstärkt fokus på de prioriterade patientsäkerhetsområdena för 2025. Arbetet har bedrivits i nära samverkan med flera strategiska nätverk och funktioner inom regionen och i samverkan med Linköpings

universitet. Samverkan har bidragit till att säkerställa en samlad och systematisk styrning av utbildningsbehovet för stärkt patientsäkerhet.

Sammanfattning av utbildningsinsatser 2023–2025

Under perioden 2023–2025 har utbildningsaktiviteterna inom Clinicum fortsatt att utgöra en central del av regionens arbete med kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Samtliga utbildningsområden visar på stabilitet över tid, men också variationer i efterfrågan och genomförandegrad. Flera utbildningar, exempelvis perifer ven kateter (PVK), venprovtagning och S-HLR vuxen/barn, har genomgående erbjudit liknande volymer av kurstillfällen och platser. proACT-utbildningarna visar större variation och lägre utnyttjandegrad än övriga utbildningar, med fler tomma platser och ibland inställda tillfällen. Utbildningarna utgör viktiga delar av regionens systematiska arbete för att stärka kompetensen i tidig upptäckt av försämring, säkra venösa accesser samt akuta livräddande åtgärder.

Clinicums utbildningsinsatser bidrar kontinuerligt till att stärka medarbetarnas kompetens och därmed regionens patientsäkerhet. Resultaten visar att utbildningsstrukturen är robust, men att det finns möjligheter till ytterligare optimering för att säkerställa hög delaktighet, bättre resursutnyttjande och fortsatt utveckling av ett lärande system.

Patienten som medskapare

Vården i Region Östergötland ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Ett respektfullt bemötande och en vård som ges på lika villkor är centrala för att skapa tillit och förtroende. Tillgänglighet, samordning och kontinuitet är viktiga komponenter som bidrar till en positiv vårdupplevelse och en trygg, säker vård.



Patientsäkerheten stärks när patienten har tillräcklig information, aktivt deltar i beslut som rör den egna vården och ges möjlighet att påverka utifrån sina önskemål och förutsättningar. Närstående spelar också en viktig roll när patienten själv så önskar, och deras delaktighet är en resurs för att bidra till säker vård.

Ökad patientdelaktighet är nära kopplad till principerna **för personcentrerad vård**, där patientens individuella behov, preferenser och förmågor utgör en central del av

planeringen och genomförandet av vården. Detta innebär att patienten ses som en aktiv partner i vårdprocessen snarare än en mottagare av insatser.

Utveckling av strukturer för patientmedverkan

Under året har ett uppdrag utformats för den lokala arbetsgruppen (LAG) för patientmedverkan. Fokus ligger på att tydliggöra kommunikationsvägar för patienter och närstående samt att systematiskt tillvarata patientberättelser vid vårdkontakter. Inom ramen för uppdraget har workshops genomförts med deltagare från vårdverksamheter, patientrepresentanter och intresseorganisationer. Dessa dialoger utgör ett viktigt underlag för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Informationsmaterialet ”**Din säkerhet på sjukhus**” har uppdaterats under året i samverkan mellan patientrepresentanter och verksamheter. Materialet används i slutenvården som stöd för dialogen mellan personal och patient om hur säkerheten kan stärkas under vårdtiden.

Stöd för patientrepresentanter

Regionen erbjuder utbildningar för patient- och brukarrepresentanter med koppling till forskningsverksamhet. Detta sker i samverkan med Linköpings universitet (LiU) och Funktionsrätt Östergötland, för att säkerställa att patientperspektivet tas tillvara även i forsknings- och utvecklingsarbete.

Levande bibliotek

Regionen har som målsättning att involvera patienter, närstående och invånare i allt utvecklingsarbete. För detta ändamål finns Levande bibliotek, en verksamhet som förmedlar personer med egen erfarenhet av hälso- och sjukvård till verksamheter och projekt. Under året har flera regionövergripande utvecklingsprocesser involverat personer med egen erfarenhet genom Levande bibliotek, vilket har bidragit till att stärka patientperspektivet i olika förbättringsarbeten.

Från och med 2025 ingår en invånare med egna erfarenheter av vården som fast medlem i den lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet. Dessutom har en **lokal arbetsgrupp för patientmedverkan** skapats under året. Gruppen ska bland annat

arbeta med frågor kopplade till regionens handlingsplan för patientsäkerhet och stödja implementering av strukturer för ökad patient- och närståendedelaktighet.

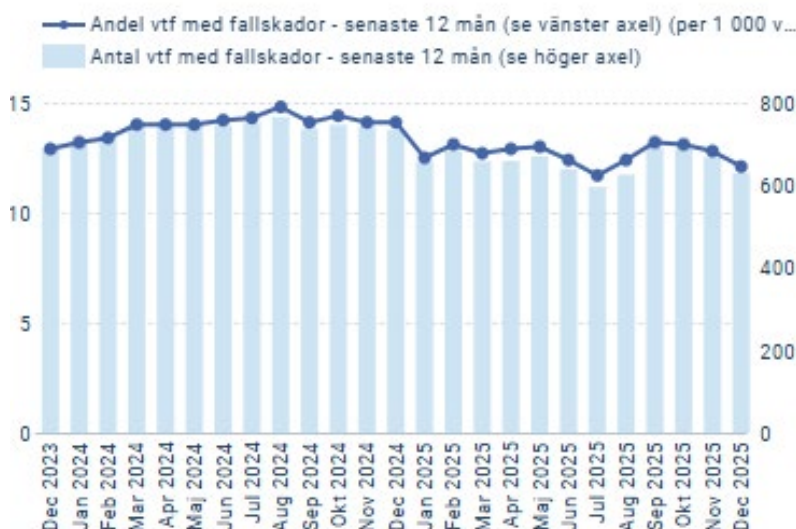
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Lagen ställer krav på att vårdgivaren vidtar de åtgärder som behövs för att förebygga att liknande händelser inträffar igen samt att arbeta systematiskt för att identifiera, analysera och åtgärda risker i verksamheten.

Region Östergötland har som mål att ytterligare stärka förmågan att identifiera avvikelser och risker, genomföra fördjupade analyser samt säkerställa att adekvata och verkningfulla åtgärder vidtas. Detta är centralt för att minska risken för vårdskador och för att uppfylla lagens intentioner om ett kontinuerligt, strukturerat förbättringsarbete.

Nedan följer en beskrivning av de områden som följs upp och analyseras månadsvis, i syfte att möjliggöra tidiga åtgärder, identifiera trender och stödja ett proaktivt patientsäkerhetsarbete.

Fallskador



Figur 2 Rapporterade fallskador

Identifiering: Antal rapporterade fallhändelser (Synergi)

Under perioden december 2023 till december 2025 uppvisar både **andel vårdtillfällen (vtf) med fallskador och antal fallskador** tydliga variationer, men den övergripande trenden visar att fallskador fortsatt utgör ett återkommande och betydande patientsäkerhetsområde.

Andelen vårdtillfällen med fallskador har under större delen av perioden legat relativt stabilt kring **13–15 fallskador per 1 000 vårdtillfällen**, med en topp under sommaren och tidig höst 2024. Vid årsskiftet 2024/2025 syns en tydlig nedgång i andelen fallskador, vilket sammanfaller med en minskning även i antalet fallskador totalt. Under första halvåret 2025 ligger nivåerna kvar på en något lägre stabil nivå innan de åter stiger under sensommaren och tidig höst 2025. Mot slutet av året ses åter en mindre nedgång.

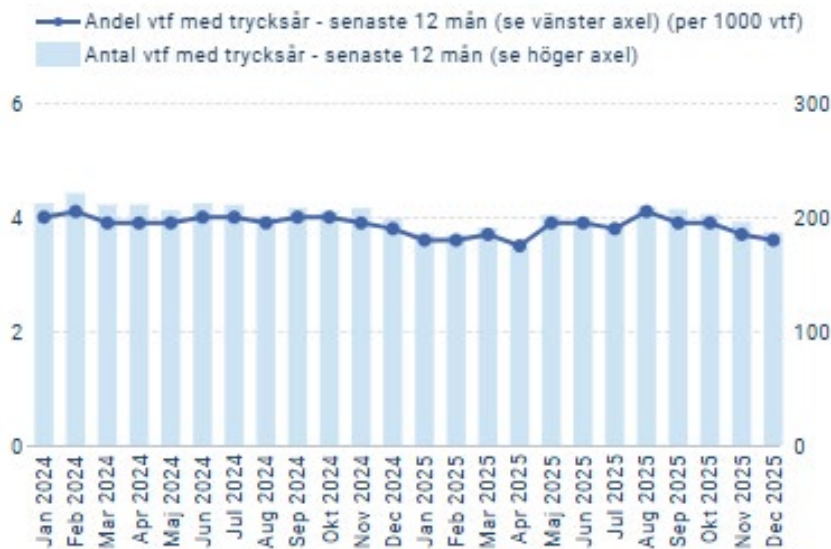
Även **antalet fallskador** följer samma mönster, där variationen rör sig mellan cirka 600 och 750 fallskador under rullande 12-månadersperioder. Tydligast är ökningen under augusti–oktober 2025, följt av en nedåtgående trend i november och december.

Trots viss förbättring kring årsskiftet 2024/2025 kvarstår fallskador som ett av de mest frekventa och allvarliga omvårdnadsrelaterade vårdskadeområdena. Under 2025 anmäldes 5 lex Maria ärenden som rörde fallhändelser under pågående slutenvård.

Sammanfattningsvis konstateras att:

- nivån är relativt stabil men fortsatt för hög
- variationerna är återkommande och korrelerar med verksamhetsbelastning
- fallskador även fortsättningsvis kräver riktade, strukturerade och uthålliga insatser

Trycksår



Figur 3 Rapporterade trycksår

Identifiering: Antal rapporterade avvikelser (Synergi) som avser trycksår

Under perioden december 2023 till december 2025 uppvisar både andelen vårdtillfällen (vtf) med trycksår och att antalet trycksår varierar över tid, även om nivån sammantaget är relativt stabil. Trycksår kvarstår därmed som ett återkommande och betydande patientsäkerhetsområde som i hög grad påverkar vårdens kvalitet, arbetsmiljö och patientutfall.

Andelen vårdtillfällen med trycksår har under större delen av perioden legat på en stabil nivå omkring **3,5–4,2 per 1 000 vårdtillfällen**, utan några stora toppar eller kraftiga svängningar. En mindre nedgång noteras under senhösten 2024 och början av 2025, följt av en svag ökning under sommaren 2025. Mot slutet av 2025 ses åter en nedåtgående trend, om än inom ett fortsatt snävt variationsintervall.

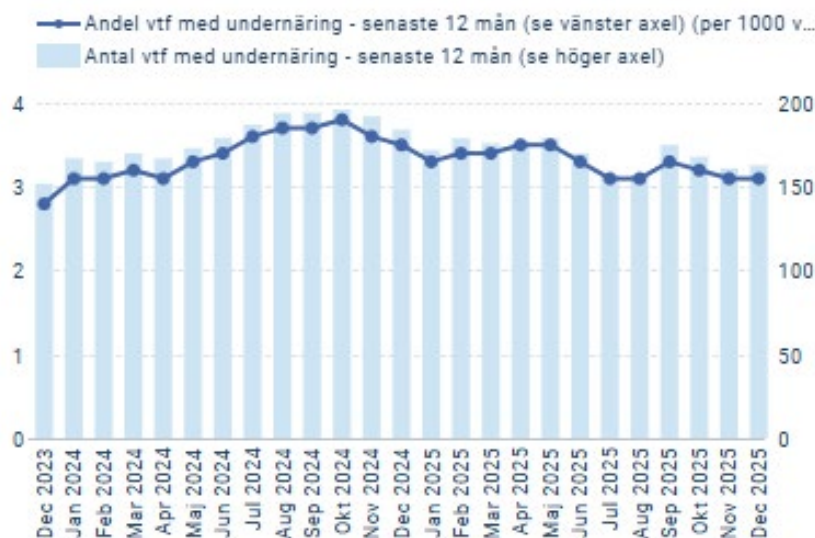
Även antalet vårdtillfällen med trycksår följer ett liknande mönster som för fall, där nivån ligger relativt stabilt men med en gradvis minskning under 2025. Detta indikerar att även om arbetet med trycksårsförebyggande rutiner fungerar, återstår utvecklingsmöjligheter för att sänka den totala förekomsten ytterligare. Jämfört med andra vårdskadeområden är variationen mindre, vilket kan tyda på både standardiserade arbetssätt och samtidig sårbarhet för belastning och bemanningsförändringar.

Trots en viss förbättringstendens under 2025 kvarstår trycksår som ett av de mest frekventa och allvarliga omvårdnadsrelaterade vårdskadeområdena. Trycksår leder ofta till betydande lidande, förlängda vårdtider, risk för infektioner och i vissa fall långvarig funktionsnedsättning. Diagrammet understryker därmed behovet av fortsatt systematik, kompetenshöjning och uppföljning inom området.

Sammanfattningsvis konstateras att:

- nivån är relativt stabil men fortsatt för hög
- variationerna är återkommande och korrelerar med belastning och bemanningsfaktorer
- trycksår även fortsättningsvis kräver riktade, strukturerade och uthålliga insatser för att minska förekomsten ytterligare

Undernäring



Figur 4 Rapporterad undernäring

Identifiering: Antal rapporterade avvikelser som avser undernäring/nutrition

Under perioden har antalet rapporterade avvikelser som avser undernäring och nutrition varierat, men den övergripande utvecklingen visar på en **försiktigt positiv trend**.

Undernäring är ett betydande patientsäkerhetsområde som påverkar både behandlingsresultat, vårdtid och patientens återhämtningsförmåga. Enligt rapporteringen ses en gradvis förbättring under året, vilket talar för att förstärkta riskbedömningar och nutritionsåtgärder har fått effekt i verksamheterna.

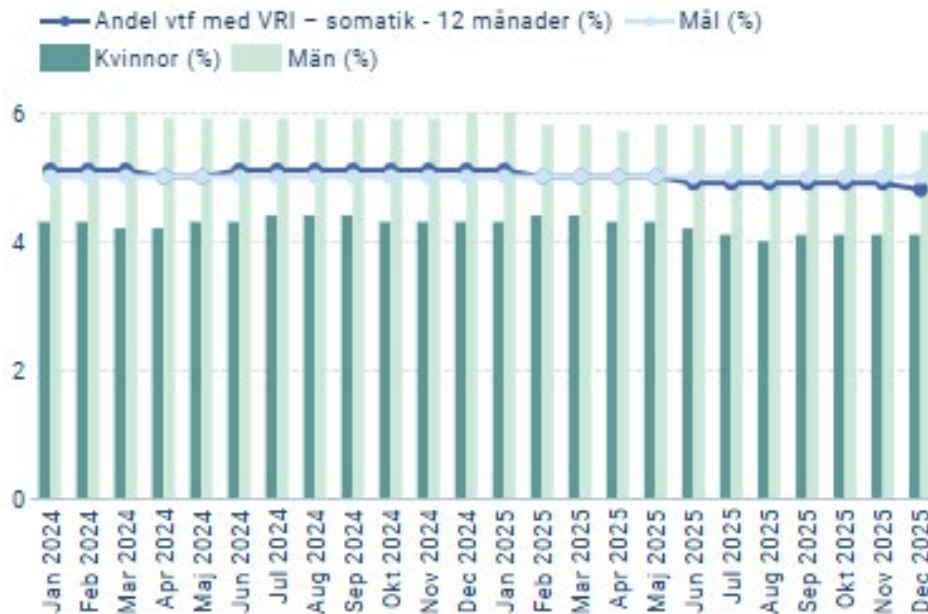
Nivån av rapporterade fall av undernäring rör sig inom ett relativt stabilt intervall, men med en långsam minskning mot årets slut. Variationerna över tid kan spegla både förändringar i patientmix och vårdtyngd samt skillnader i följsamhet till etablerade nutritionsrutiner. De positiva tendenserna sammanfaller med ökad uppmärksamhet på området genom regionala satsningar och tydligare integrering av nutrition i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Trots förbättring under året kvarstår undernäring som ett **omfattande och kritiskt vårdskadeområde**, då ett otillräckligt näringsintag kan leda till försämrad sårhäkning, ökad infektionsrisk, längre vårdtider och förhöjd mortalitet. Diagrammet visar behovet av fortsatt systematik, kompetensstärkande insatser och uppföljning.

Sammanfattningsvis konstateras att:

- nivån är relativt stabil men fortsatt för hög
- den positiva trenden sannolikt speglar ökad riskbedömning och bättre följsamhet
- undernäring fortsatt kräver strukturerade, tvärprofessionella och uthålliga insatser genom hela vårdförloppet

Vårdrelaterade infektioner



Figur 5 Andel vårdtillfällen med VRI

Under året ses en **minskning av både antal och andel vårdrelaterade infektioner (VRI)** inom den somatiska slutenvården. Det regionala målvärdet på 5 % uppnås och nivåerna är stabila. De tre vanligaste VRI är:

- **Djup postoperativ infektion:** 445 fall (+2), utgör 18 %. Ger tredubblad vårdtid (14 dygn).
- **Lunginflammation:** 417 fall (-30), utgör 16 %. Medelvårdtid 15 dygn.
- **Urinvägsinfektioner:** 319 fall (+3) med feber (12 %), samt 11 % utan feber – sammantaget den vanligaste gruppen.

En **könsskillnad** kvarstår – fler män än kvinnor drabbas, vilket setts över flera år.

Förebyggande arbete sker främst på verksamhetsnivå. Utmaningarna handlar om tid och organisering, men goda exempel finns där dagligt strukturerat förbättringsarbete gett resultat. Dessa verksamheter bör fortsatt stödjas.

Sepsis med okänt fokus är fortfarande en av de mest allvarliga VRI. Under året registrerades 74 fall (-5), med en hög vårdtyngd och vårdtid på 16 dygn.

Kärlkateterrelaterade infektioner ökar något (52 fall, +8), vilket delvis kan spegla ökad uppmärksamhet och förbättrad dokumentation.

I statistiken är ”annan VRI” vanligt förekommande, sannolikt kopplat till registreringsval. Under 2025 har en ny e-utbildning lanserats för att förbättra kunskap om korrekt klassificering av VRI.

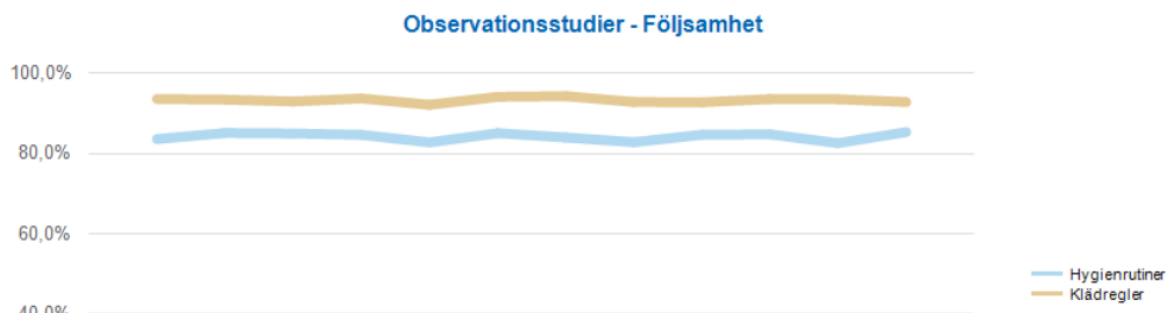
Clostridioides difficile visar en total minskning trots att byte av benämning tillfälligt gett intryck av ökning i statistiken.

Infektion	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
ANNAN VÅRDRELATERAD INFEKTION	886	775	655	575	581	3 452
DJUP POSTOPERATIV INFEKTION	578	520	545	443	445	2 501
INFEKTION MED CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE					115	115
INFEKTION MED CLOSTRIDIUM DIFFICILE	306	236	213	184	26	955
KÄRLKATETERINFEKTION	47	68	60	44	52	270
LUNGINFLAMMATION	633	547	492	447	417	2 521
NEUTROPEN FEBER	110	124	96	114	101	538
URINVÄGSINFEKTION MED FEBER	422	367	339	312	320	1 746
URINVÄGSINFEKTION UTAN FEBER	340	331	288	316	277	1 551
VÅRDRELATERAD SEPSIS MED OKÄNT FOKUS	117	140	106	79	74	514
YTLIG POSTOPERATIV INFEKTION	147	165	177	138	131	752
Totalt	3 586	3 273	2 971	2 652	2 539	14 915

Figur 6 Fördelning av antalet VRI över tid

Följsamhet till basalhygien: Observationsstudier av kläder och hygienregler

	202501	202502	202503	202504	202505	202506	202507	202508	202509	202510	202511	202512
Hygienrutiner	83,6 %	85,1 %	85,0 %	84,7 %	82,8 %	85,1 %	84,0 %	82,8 %	84,7 %	84,8 %	82,6 %	85,4 %
Klädregler	93,6 %	93,5 %	93,0 %	93,7 %	92,2 %	94,1 %	94,3 %	92,9 %	92,8 %	93,6 %	93,5 %	92,8 %
Antal observationer	1 709	1 848	1 799	1 839	1 737	1 622	1 375	1 539	1 861	1 854	1 827	1 734



Figur 7 Observationsstudier

Resultaten för 2025 visar att följsamheten till hygienrutiner och klädregler ligger kvar på samma nivå som föregående år. Följsamheten till **basala hygienrutiner** uppgår till 84,4 %, och följsamheten till klädregler uppgår till 93,3 %. Dessa nivåer når inte upp till det fastställda målvärdet om 95 % för godkänt resultat.

Datinsamlingen består huvudsakligen av observationer ute i verksamheterna, men i vissa fall används även självskattningar. Skillnader mellan observerad och självskattad följsamhet kan förekomma och kan påverka resultatens tillförlitlighet.

Åtgärder och förbättringsarbete

I de årliga dialoger som genomförs med majoriteten av verksamheterna framkommer att många har utmaningar med att upprätthålla kontinuerliga observationer. Det finns variationer i vad som behöver förbättras, men återkommande mönster rör främst:

- bristande användning av handdesinfektion före patientkontakt
- felaktig eller överdriven användning av handskar

Det är av stor betydelse att observationerna används som ett pedagogiskt verktyg i den dagliga verksamheten. Erfarenheten visar att **det är i den kollegiala dialogen som lärande, reflektion och förändring av beteenden sker**. För att stärka följsamheten krävs därför fortsatt strukturerat återkopplingsarbete, tydliggörande av rutiner och ett aktivt ledningsstöd som säkerställer att observationer genomförs regelbundet och att resultaten följs upp.

Riskområden med särskilt fokus

Tre fokusområden med särskilda behov av insatser har fortgått även under 2025.

Minska infartsrelaterade infektioner

Under 2025 har arbetet med att förbättra dokumentationen av in- och utfarter fortsatt. En förbättrad och mer konsekvent dokumentation stödjer arbetsprocesserna, ökar spårbarheten och skapar bättre förutsättningar för uppföljning och analys. Detta bidrar i sin tur till ökad patientsäkerhet genom minskad risk för infartsrelaterade infektioner och andra vårdskador.

Riktlinjen för hantering av perifer ven kateter (PVK) i ambulanssjukvården har införts, men det har framkommit signaler om att implementeringen behöver stärkas. Ett omtag har därför genomförts under året. Parallellt pågår framtagande av en kompletterande riktlinje som tydliggör ansvar och hantering av PVK som satts inom ambulanssjukvården när patienten övergår till övriga hälso- och sjukvårdsverksamheter.

För att underlätta färdighetsträning inom området finns sedan tidigare utbildning i hantering av perifera infarter via Clinicum. Under året har även arbete påbörjats för att tillgängliggöra utbildningen som en e-utbildning, vilket förväntas stärka tillgänglighet och kompetensförsörjning ytterligare. Arbetet fortsätter med oförminskat fokus under 2026.

Utbildning i diagnostisk säkerhet

Under året har cirka 40 vårdcentraler deltagit i lärarledda utbildningar inom området diagnostisk säkerhet. Utbildningsinsatserna har även omfattat samtliga medarbetare vid kirurgiska kliniken i Linköping och stor del av kvinnokliniken i Linköping. Arbetet fortsätter under 2026 i syfte att ytterligare stärka den diagnostiska processen och minska risken för diagnostiska avvikelser.

Sammanfattningsvis bedöms de genomförda utbildningarna ha skapat viktiga förutsättningar för ökad diagnostisk säkerhet, men ytterligare arbete behövs för att uppnå en enhetlig tillämpning och långsiktiga förbättringar inom regionens verksamheter.

Skörhetsskattning enligt CFS

Under 2025 har skörhetsskattning med Clinical Frailty Scale (CFS) införts inom akut- och slutenvården i Region Östergötland. Syftet med införandet är att tidigt identifiera personer med skörhet och därigenom säkerställa att dessa patienter får anpassade insatser och ett individualiserat omhändertagande genom hela vårdprocessen. Arbetet är ett viktigt led i att förbättra vårdens förmåga att förebygga vårdskador och ge en mer personcentrerad och behovsanpassad vård. Implementeringen fortsätter under 2026 med fokus på fördjupad användning och kvalitetssäkring av metoden.

Indikatorbaserad månadsuppföljning

Under året har en indikatorbaserad månadsuppföljning använts som ett centralt verktyg för att följa utvecklingen inom de prioriterade fokusområdena i handlingsplanen. Månadsöversikten har tillämpats på flera nivåer i organisationen och möjliggjort en mer systematisk och transparent uppföljning av patientsäkerhetsläget.

I uppföljningen ingår data från patientjournalen avseende genomförda riskbedömningar inom fallrisk, trycksår, munhälsa och nutrition. Efter införandet av den strukturerade månadsuppföljningen har andelen genomförda riskbedömningar ökat inom samtliga områden, vilket utgör ett viktigt steg mot att etablera ett arbetssätt där vårdens säkerhet löpande kan visualiseras och ge underlag för riktade förbättringsinsatser.

Nedan sammanfattas indikatorerna samt utfall för december 2025, jämfört med samma månad föregående år.

Indikator	Mått	Källa	Mål	Resultat (jmf med 2024)
Återinläggningar	Patienter 65+ där återinläggning skett inom 30 dagar av alla oplanerade avslutade vårdtillfällen	Cosmic	Minska	14,7 % Ökat med 0,6%
VRI	Vårdtillfällen med vårdrelaterade infektioner somatisk slutenvård från registrering i infektionsverktyget	Infektionsverktyget	5%	4,9 %

Riskbedömning	Patienter 65+ med vårdtillfällen och fallriskbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	43,7% Ökat med 17%
	Patienter 65+ med vårdtillfällen och trycksårsbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	30% Ökat med 10%
	Patienter 65+ med vårdtillfällen munhälsobedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	24,5% Ökat med 8%
	Patienter 65+ med vårdtillfällen nutritionsbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	31,4 Ökat med 11%
Bedömning CFS	CFS bedömning akutmottagning innan inläggning slutenvård	Cosmic	Öka	11,5% Fortsatt låga nivåer men ökat med 10%
NEWS2	Vårdtillfällen där NEWS2 har utförts samt om det utförts 24 tim innan utskrivning	Cosmic	Öka	55,9% Ökning med 0,6%

Indikator	Mått	Källa	Mål	Resultat (jmf med 2024)
Lex Maria	Utredningstid antal dagar i genom-snitt från inkommet ärende till anmälan	Chefläkarenheten	Minska	84 dagar, har minskat med 6 dagar
	Antal ärenden med kompletteringsbegäran	Chefläkarenheten	Minska	8%, har minskat med 13%
	Antal ärenden med minst en effektiv åtgärd i handlingsplan	Chefläkarenheten	Öka	79 %, har ökat med 3%
Primärvårdskvalitet äldre	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Minska	4,8% samma nivå som tidigare
	Andel patienter 75+ som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkar njurfunktion	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Öka	Ligger stabilt på samma nivåer över året

	Andel patienter som behandlas med oxazepam av alla personer 75+ som har lugnande läkemedel	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Minska	Ligger stabilt på samma nivåer över året
Observationsstudier B HK	Översikt över korrekta hygienrutiner och klädregler	Observation- eller självskattning	95 %	Hygien 84,2 % Kläd 93,3% Samma nivå som tidigare

Öka kunskap om inträffade vårdskador



Arbetet med att öka kunskapen om inträffade vårdskador syftar till att skapa ett strukturerat underlag för analys av bakomliggande orsaker. Genom att identifiera och förstå dessa orsaker ges förutsättningar att systematiskt följa utvecklingen och vidta relevanta åtgärder. Ett sådant arbete kräver att olika metoder används beroende på verksamhetens nivå, men grundläggande för alla enheter är en aktiv och välfungerande risk- och avvikelshantering.

På klinik- och enhetsnivå bedrivs avvikelsearbetet teambaserat. Vid allvarliga händelser eller risker involveras chefläkare för ytterligare analys och beslut om åtgärder. Genom att identifiera, utreda och mäta skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienter när vårdens resultat inte motsvarat avsikten. Denna kunskap är en viktig grund för prioritering av insatser och utveckling av förebyggande åtgärder.

Rapportering av avvikelser är en central del av detta arbete och sker i avvikelssystemet Synergi. Synpunkter och klagomål från patienter och närstående överförs till verksamheterna via 1177 till Synergi, via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller via Patientnämnden. Benägenheten att rapportera avvikelser är nära kopplad till verksamhetens säkerhetskultur, där en öppen och lärande kultur ökar möjligheten att upptäcka risker i tid.

Centrum rapporterar att områden där vårdskador riskerar att uppstå ofta är relaterade till utlokaliserade patienter, bristande tillgänglighet och otillräckligt antal vårdplatser samt kompetensbrister inom vissa områden. Samverkan i vårdens övergångar fortsätter att vara ett särskilt riskområde. Exempel på pågående förebyggande åtgärder är arbete med produktionsstyrning, medicinska prioriteringar samt insatser för att stärka utskrivningsprocesserna (SVOP).

Avvikelser – totalbild

Nedan visas det totala antalet rapporterade avvikelser inom kategorin patientsäkerhet samt bedömd allvarlighetsgrad.

Allvarlighetsgrad	2023	2024	2025
Mycket allvarlig	2 188	2 222	1 252
Allvarlig	8 186	8 077	7 365
Mindre/inte allvarlig	9 023	7 865	9 553
Summa	19 397	18 164	18 170

Källa: avvikelssystemet Synergi

Det totala antalet avvikelser ligger på samma nivå som föregående år. En minskning ses dock i kategorierna mycket allvarliga och allvarliga avvikelser.

Avvikelser per arbetsprocess

Nedan visas exempel på avvikelser där patient varit direkt involverad. Urvalet speglar kända risk- och vårdskadeområden.

Arbetsprocess	2023	2024	2025
Läkemedelsrelaterade avvikelser	606	590	493
Omvårdnadsrelaterade avvikelser	206	192	155
Vårdplatsrelaterade avvikelser	84	87	51
Summa	896	869	699

Källa: avvikelssystemet Synergi

Antalet avvikelser inom dessa områden har minskat jämfört med tidigare år. Samtidigt kvarstår behovet av fortsatta insatser, särskilt inom läkemedelshantering.

Läkemedelsrelaterade avvikelser

Läkemedelshantering är ett dominerande område där tillbud och risker ofta rapporteras. Iordningsställande, administration samt ordination är vanliga områden som rapporteras. Under 2025 anmäldes 5 ärenden enligt lex Maria där läkemedel bidrog till vårdskada.

Omvårdnadsrelaterade avvikelser

Omvårdnadsrelaterade avvikelser omfattar undvikbara händelser nära patienten, främst inom slutenvården. Vanliga områden är:

- fallskador
- trycksår
- brister i personlig omvårdnad

Enheten för hälsa och vårdutveckling ger stöd i form av kunskapsstöd, rutiner och utbildningsinsatser.

Två punktprevalensmätningar genomförs årligen i slutenvården för att identifiera risker och följa utvecklingen över tid. Mätningarna täcker trycksår, undernäring, munhälsa, venösa infarter, urinkateter, urinretention och smärtlindring. Under 2025 sågs förbättringar inom trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Områden med förbättringspotential är urinretention och urinkateter.

Ett nytt visualiseringsverktyg har lanserats för att underlätta tolkning av resultaten och stödja fortsatt kvalitetsarbete.

Vårdplatssituation, utlokaliseringar och överbeläggningar

Tillgången till vårdplatser är avgörande för en fungerande och säker vårdkedja. Enligt Socialstyrelsens beräkningar har Region Östergötland fortfarande för få disponibla vårdplatser per 1 000 invånare. Under året har flera övergripande initiativ lett till en viss ökning av disponibla vårdplatser, men antalet varierar över året, sannolikt på grund av bemanningssituation och verksamheternas anpassningar.

Arbetet med robusta enheter, tydliga bemanningsnycklar, hållbar kompetensförsörjning samt systematiskt vårdskadeförebyggande arbete påverkar vårdplatssituationen och därmed patientsäkerheten positivt. Förändrade arbetssätt, såsom förändrade rondrutiner och förbättrade utskrivningsrutiner har visat goda resultat.

Trots detta kvarstår problem med:

- utlokaliserade patienter
- överbelagda vårdavdelningar
- patienter i behov av slutenvårdsplats som väntar längre än 8 timmar på akutmottagningarna

Dessa faktorer innebär ökade risker för vårdskador. Löpande bevakning och åtgärder för att minska problemen behöver prioriteras. Riktade journalgranskningar är ett viktigt instrument för att identifiera riskmönster föreslå adekvata åtgärder.

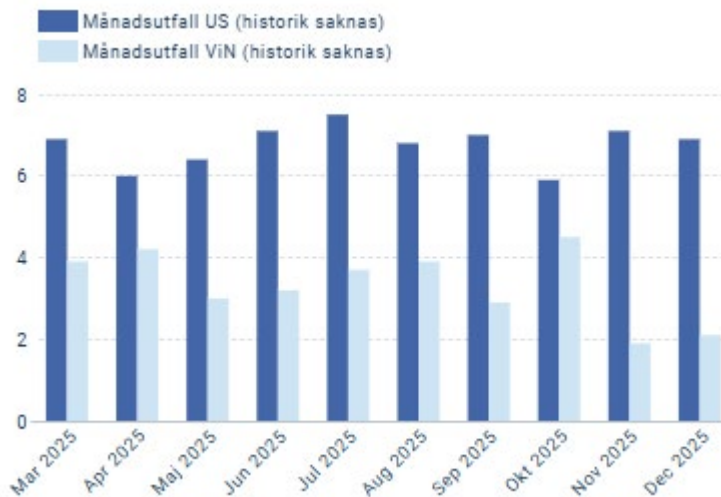
Överbeläggningar av vårdplatser



Figur 8 Beläggingsgrad

Statistiken kring vårdplatser har påverkats genom att förändringar gjorts avseende beräkningsprinciper för disponibla vårdplatser. Detta gör att siffrorna kopplade till beläggning är osäkra och svåra att analysera på helår och inte heller kan jämföras med tidigare år. Ingen bedömning av måluppfyllelse kan därför göras. Beläggingsgraden för Region Östergötland under 2025 har beräknats till ungefär 93 procent för helåret. Beläggingsgraden var under 2025 högst på Vrinnevisjukhuset i Norrköping och lägst på Finspångs lasarett. Andelen är fortfarande hög och överstiger nationellt genomsnitt.

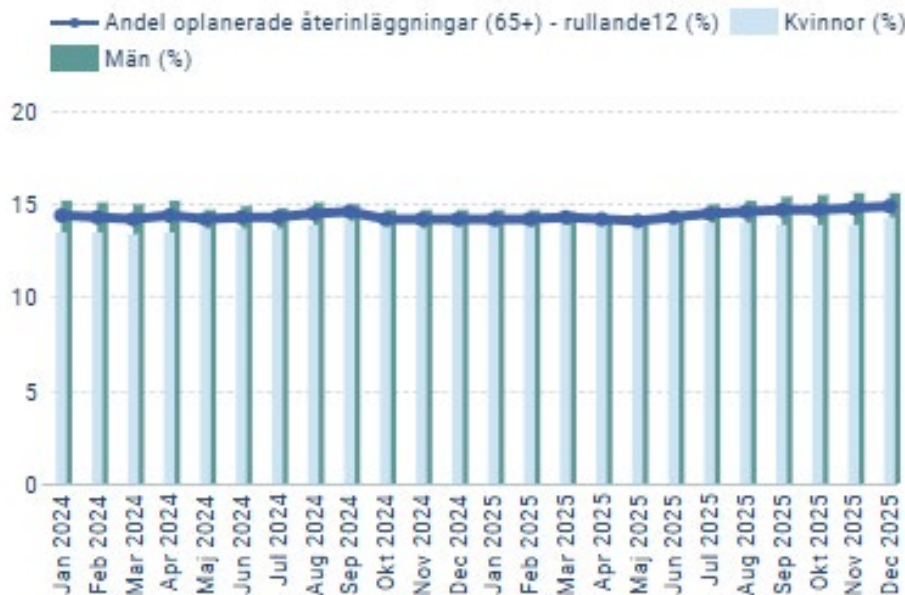
Utlokaliserade patienter



Figur 9 Andel utlokaliserade patienter US och ViN

Statistiken kring vårdplatser har påverkats genom att förändringar har gjorts avseende beräkningsprinciper för disponibla vårdplatser. Även beräkningen av utlokaliserade patienter per disponibla vårdplatser har förändrats för 2025 och påverkas dessutom av den förändrade beräkningsprincipen för vårdplatser. Arbeta pågår för att jämförbara historiska siffror ska kunna presenteras framåt. Höstens statistik från och med september visar att knappt 5 per 100 vårdplatser utlokaliserades. Det kan dock inte jämföras med tidigare månaders statistik. Bedömning av måluppfyllelse kan därför inte göras. Jämfört med övriga regioner ligger regionens andel utlokaliserade högt.

Oplanerade återinläggningar



Figur 10 Oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för patienter 65+

Andelen oplanerade återinläggningar har ökat något under 2025 och uppgår till genomsnittet 15%. Varje oplanerad återinläggning ökar risken för vårdskada, och därför behövs åtgärder vidtas för att minska dessa.

Journalgranskning

Riktade journalgranskningar

Under året har riktade journalgranskningar genomförts med fokus på akutmottagningarnas belastning. Granskningarna har särskilt avsett patienter som återkommit till akutmottagning inom 72 timmar och som vid återbesöket lagts in i slutenvård. Granskningen genomfördes vid två tillfällen, i oktober 2024 och februari 2025.

Resultaten visar att andelen återbesök inom 72 timmar uppgick till 5–6 procent under båda granskningsperioderna. Bland de patienter som vid återbesöket blev inlagda var majoriteten endast måttligt sköra eller inte sköra alls, och de sökte i regel för samma

symtom som vid det första besöket. Granskningen visade vidare att drygt 10 procent av fallen bedömdes ha utebliven slutenvård, det vill säga en undvikbar fördröjning av bedömning eller behandling som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Resultaten pekar på behovet av fortsatt utveckling av akutmottagningarnas bedömningsprocesser, särskilt för återinskrivna patienter.

Utökad granskning av hjärtstoppspatienter 2024

HLR ansvariga inom Clinicum genomförde på uppdrag av chefläkarenheten en utökad journalgranskning av samtliga hjärtstoppspatienter under 2024 vid regionens tre sjukhus. Syftet var att analysera skillnader i överlevnad efter plötsligt, oväntat hjärtstopp och identifiera faktorer som kan påverka utfallet.

Resultatet visade mindre variationer mellan sjukhusen, men inga enskilda faktorer som helt förklarar skillnaderna. Granskningen utvidgades därför till att omfatta hjärtstopp som inträffat på akutmottagningarna, då antalet där var högre än förväntat.

Analysen visade att flera av de drabbade patienterna väntade på vårdplats eller på transport till annat sjukhus. Resultaten har presenterats för chefläkarenheten och kommer även att presenteras för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp under våren 2026. Granskningen av denna patientgrupp behöver fortsätta prioriteras och användas som grund för förbättringar.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Markörbaserad journalgranskning genomförs enligt nationell metod och omfattar totalt 660 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen per år inom somatisk slutenvård. Urvalet görs månadsvis och fördelas mellan de tre sjukhusen: 30 vårdtillfällen per månad vid Universitetssjukhuset i Linköping, 15 vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping och 10 vid Lasarettet i Motala.

Årets resultat visar att antalet skador och vårdskador är ungefär detsamma som förra året, men andelen vårdskador har ökat något. Förändringarna är små men visar ett behov av fortsatta åtgärder för att stärka patientsäkerheten i slutenvården.

Sammanfattningsvis visar journalgranskningen att antalet skador och vårdskador ligger på en stabil nivå, men med tecken på en ökning av vårdskador som kräver fortsatt analys och riktade insatser.

MJG granskning kommer fortgå under 2026 och anpassas till ny metodbok från Socialstyrelsen.

Lex Maria

Under 2025 anmäldes 71 händelser enligt lex Maria. Det är något färre än föregående år, men ligger inom ramen för den normalvariation som setts över tid. Samtliga fall utom ett anmäldes av regiondriven verksamhet. Även i år är händelser relaterade till **fördrojningar i vården**, framför allt inom **cancersjukvården**, den största andelen av anmälningarna. Bristande kapacitet inom slutenvård, operationsverksamhet samt brister i kommunikationen i vårdens övergångar och i dialogen med patienter är återkommande orsaker som identifierats i utredningarna.

Enligt lagstiftningen ska anmälan enligt lex Maria göras skyndsamt. Trenden med förlängda utredningstider finns kvar och har ökat för fjärde året i rad. Detta bedöms delvis spegla händelsernas ökade komplexitet, men också ett behov av att prioritera verksamhetens resurser mot patientnära arbete. Utredningarnas kvalitet varierar, men en positiv utveckling ses i att andelen ärenden där IVO begärt komplettering fortsätter att minska. Samtidigt ökar andelen handlingsplaner som innehåller minst en effektiv och verksamhetspåverkande åtgärd.

Anmälningsskyldigheten vid allvarlig vårdskada är lagstadgad. Antalet lex Maria-anmälningar ska dock inte ensamt tolkas som en indikator på vårdens kvalitet eller patientsäkerhet, utan behöver kompletteras med andra kvalitativa uppföljningsmått. En positiv utveckling är ökningen av händelser som verksamheterna själva identifierar och initierar utredning av, vilket kan ses som ett steg i rätt riktning för att stärka säkerhetskulturen.

Lex Maria-anmälningarna tydliggör riskområden i vården. Det formaliserade utrednings- och uppföljningsförfarandet, där chefläkarenheten ger stöd till verksamheterna, bidrar till att hålla fokus på identifierade patientsäkerhetsproblem och säkerställa att åtgärder vidtas och följs upp.

De vårdområden som oftast förekommer i lex Maria-anmälningar har under de senaste åren varit ganska oförändrade. Inte heller graden av konsekvenser för patienterna visar på någon större förändring över tid.

Klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter och närstående

Regionen tar årligen emot klagomål från patienter och närstående via 1177. De är ett viktigt underlag för att identifiera förbättringsområden och stärka patientsäkerheten. Tabellen nedan visar antal hanterade klagomål per år inom de dominerande kategorierna.

Klagomål via 1177

Område	2023	2024	2025
Information och kommunikation	801	769	727
Vård och behandling	599	627	660
Bemötande	606	607	493
Tillgänglighet	538	441	448
Summa	2 544	2 444	2 328

Källa: avvikelsesystemet Synergi

Under 2025 har det totala antalet klagomål via 1177 minskat jämfört med året innan. Klagomål som rör **vård och behandling** samt **tillgänglighet** har ökat något, medan klagomål inom områdena **information och kommunikation** samt **bemötande** har minskat.

Klagomål via IVO

I första hand ska klagomål hanteras av den verksamhet som berörs. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utreder enligt Patientsäkerhetslagen klagomål som avser:

- allvarliga vårdskador som lett till bestående skada, väsentligt ökat vårdbehov eller dödsfall
- händelser inom tvångsvård
- händelser som allvarligt påverkat patientens integritet, självbestämmande eller rättsliga ställning

Nedan redovisas inkomna klagomål via IVO per år.

Typ av ärende	2023	2024	2025
Verksamheten utreder	73	55	24
IVO utreder	58	54	48
Summa	131	109	72

Under 2025 har antalet klagomål som IVO vidarebefordrat till regionens verksamheter minskat med hälften jämfört med föregående år. Även antalet ärenden där IVO själv inlett utredning har minskat något.

Klagomål via Patientnämnden

Patientnämndens uppdrag är att hantera synpunkter och klagomål från patienter och närstående. De erfarenheter och berättelser som framkommer genom dessa kontakter är en viktig källa till lärande i regionens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Många som kontaktar Patientnämnden uttrycker att syftet är att bidra till förbättringar i vården så att andra patienter inte ska behöva uppleva liknande situationer. Dessa perspektiv är därför betydelsefulla som underlag för förbättringsarbete och utveckling av en mer säker och personcentrerad vård.

Enligt **Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården** ska Patientnämnden:

- stödja patienter i att få den information de behöver
- hjälpa patienter att tillvarata sina rättigheter
- främja kontakter mellan patienter och vårdgivare
- och genom hanteringen av synpunkter och klagomål bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet

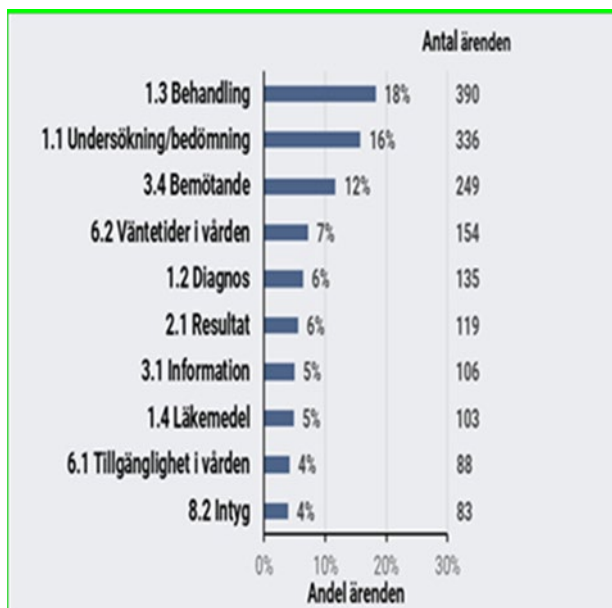
Inkomna ärenden 2025

Under 2025 registrerades **2 133 synpunkter och klagomål** hos Patientnämnden, vilket motsvarar en **ökning med 343 ärenden** jämfört med förra året. Liksom tidigare år är det främst kvinnor som lämnar synpunkter och klagomål, vilket speglar fördelningen av vårdkontakter där kvinnor generellt har fler vårdbesök än män.

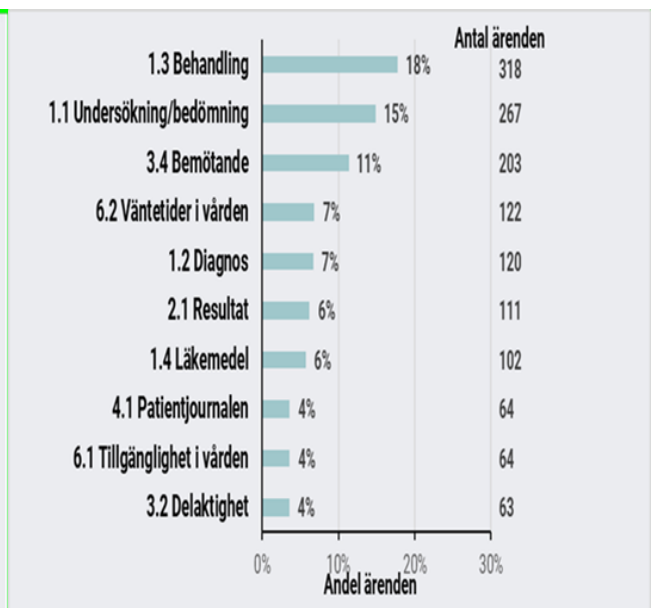
År 2025 var **vård och behandling** det vanligaste huvudproblemet och stod för 46 procent av samtliga ärenden, vilket är oförändrat jämfört med 2024. Därefter följer kommunikation – 19 procent och tillgänglighet – 11 procent.

Vanligaste delproblemen

De 10 vanligaste delproblemen 2025



De 10 vanligaste delproblemen 2024

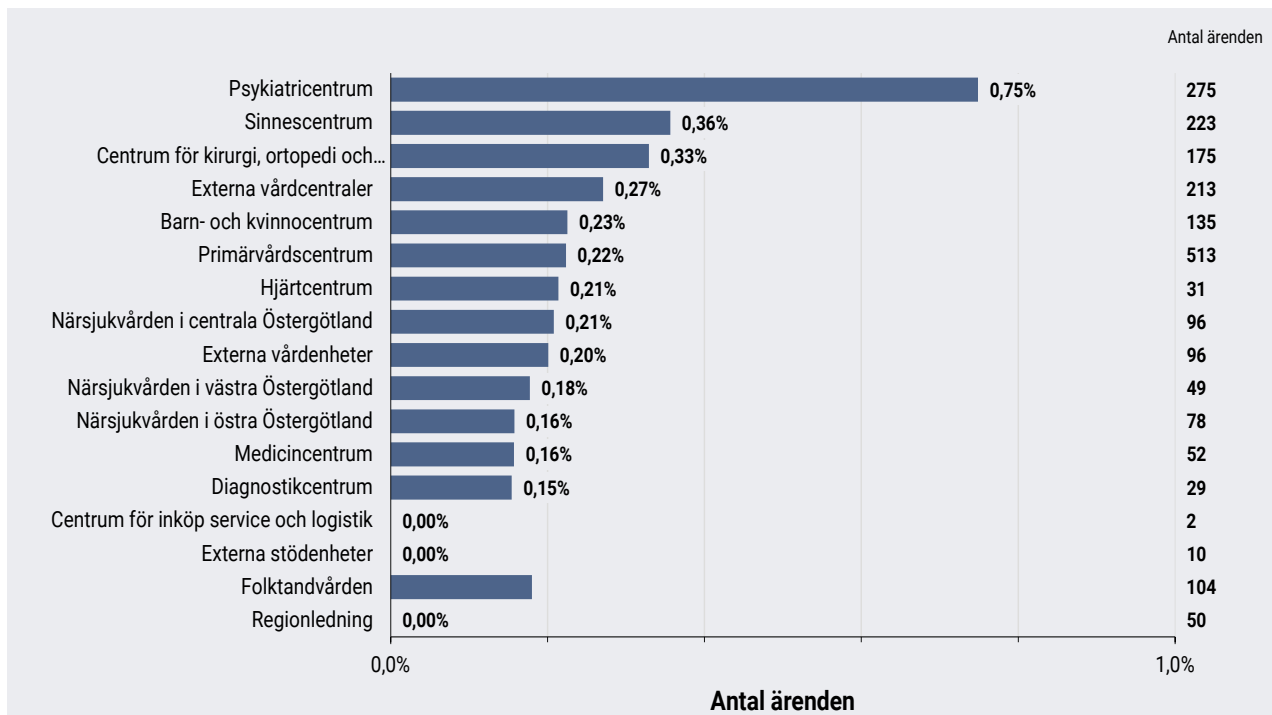


Tabell 11 visar de tio vanligaste delproblemen 2024 och 2025.

Analysen visar att de sex vanligaste delproblemen är oförändrade mellan åren. Däremot har delproblemen patientjournal och delaktighet från 2024 ersatts av information och intyg under 2025. Läkemedelsrelaterade ärenden har minskat något medan klagomål kopplade till information, undersökning/bedömning, behandling och bemötande har ökat.

Delområdet information visar en tydlig ökning – från 60 ärenden (3 %) 2024 till 5 procent av samtliga ärenden 2025. Sammanfattningsvis ses öknings inom de flesta delproblem, med undantag för läkemedel.

Ärenden i relation till vårdkontakter



Figur 21 visar antal ärenden per centrum samt andelen ärenden i relation till antalet vårdkontakter under 2025.

- **Primärvårdscentrum** har det högsta antalet registrerade ärenden totalt, men även störst antal vårdkontakter. Sett till andel utgör ärendena **0,22 %**, vilket är en av de lägre nivåerna.
- **Psykiatricentrum** har den högsta andelen ärenden i förhållande till antal vårdkontakter (0,75 %), följt av
 - Sinnescentrum – 0,36 %
 - CKOC – 0,33 %

För verksamheter redovisade under regionledning ingår ärenden som rör verksamheter under regionledningskontoret samt ärenden av mer allmän karaktär som anmälaren önskar ska skickas till politisk nivå eller regionledning. Här ingår även ärenden från länets kommuner samt ett mindre antal klagomål som rör privata vårdgivare som av administrativa skäl inte kan registreras på annat sätt än under Patientnämndens kansli.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet omfattar både lärande från inträffade händelser och identifiering av potentiella risker. Genom att arbeta förebyggande och använda etablerade kunskapsstöd minskar oönskade variationer i vårdens utförande och patientsäkerheten stärks.



Kunskapsstöd inom kunskapsstyrningen

Kunskapsstöd

Inom kunskapsstyrningen har lokalt programansvariga (LPA) utsetts för systemets 26 programområden. Dessa ansvarar för att nya rekommendationer, överenskommelser och kunskapsunderlag görs kända och omsätts i praktiken i vårdverksamheterna.

För de områden som inkluderar kommunsamverkan etableras programområden inom LGVO. Inom området äldres hälsa finns nu tre lokala arbetsgrupper (LAG):

- skörhet hos äldre
- palliativ vård
- kognitiv svikt

Arbetet sker i nära samverkan mellan region och kommun, genom den samverkande vården, och ska fungera som vägledande modell för fler områden där sådan samverkan är nödvändig, exempelvis psykisk hälsa, barn och unga samt rehabilitering.

Ett **kunskapsråd** har etablerats för att stärka det gemensamma kunskapsledningsarbetet. Rådet utgör en struktur för samverkan mellan LPA och LSG och inkluderar kompetens inom patientsäkerhet, omvårdnad, läkemedel, verksamhetsutveckling och dataanalys.

Linköping Comprehensive Cancer Center fungerar som en plattform för samordning av cancervård, utbildning och forskning. Enheten fokuserar på utveckling av patientsäkerhet och kvalitet, med särskilt fokus på personcentrerad vård.

Vårdgivarwebben har utvecklats och visar kunskapsstöd sorterade efter de 26 programområdena.

Processtöd inom omvårdnad

Under 2025 har arbetet med att stärka omvårdnadsprocesser fortsatt. Den lokala samverkansgruppen för omvårdnad har haft regelbundna möten och arbetat vidare med uppdraget att ta fram ett strukturerat och sammanhållet stöd för omvårdnadsarbetet i regionen.

Enheten för hälsa och vårdutveckling har genomfört en påverkansanalys som tydliggjort behovet av:

- ökad samordning och enhetlighet inom omvårdnadsområdet
- stärkt stöd till vårdverksamheterna
- systematiserad användning av regionövergripande riktlinjer, kunskapsstöd och utbildningsmaterial

Enheten bidrar även löpande med stöd i kvalitets- och förbättringsarbete genom framtagande av riktlinjer, utbildningsinsatser och kunskapsstöd.

Omvårdnads kvalitetsmätningar (punktprevalensmätningar) genomförs två gånger per år och ger värdefull information om risker och kvalitet inom omvårdnadsområdet. Resultaten används för att identifiera förbättringsområden och följa utvecklingen över tid.

Skörhetsbedömning enligt CFS

Under 2025 har **Clinical Frailty Scale (CFS)** implementerats inom både akut- och slutenvård. Syftet är att tidigt identifiera personer med skörhet och säkerställa att de får anpassade insatser genom hela vårdförloppet. Arbetet är ett viktigt led i att stärka personcentrerad vård och förebygga vårdskador. Implementeringen kommer att fortsätta under 2026.

Säker läkemedelshantering

Införandet av **Nationell läkemedelslista** har varit ett av de mest omfattande utvecklingsområdena för patientjournalförvaltningen (Cosmic) under 2025. Arbetet med att utveckla adekvat IT-stöd för dosdispenserade läkemedel har däremot inte kunnat

prioriteras. Nationella planer för fortsatt utveckling av nationell läkemedelslista omfattar även dosdispenserade läkemedel på längre sikt, vilket bedöms förbättra förutsättningarna för säker läkemedelshantering.

Säker remisshantering

Regionen saknar fortfarande de verksamhetsmässiga, tekniska och juridiska förutsättningarna för **datadelning inom bilddiagnostik**, vilket är nödvändigt för att säkerställa patientsäker remisshantering. Behovet av att prioritera digital utveckling har återkommande lyfts av chefläkare och Chief Medical Informatics Officer (CMIO) under 2024.

Det uppdrag som regional sjukvårdsledning gav till regional samverkansgrupp (RSG) digital utveckling har inte följt tidsplan. Det innebär att remisser fortfarande hanteras manuellt, vilket tar mycket resurser och kan innebära en risk för patientsäkerheten.

Uppmärksamhetsinformation (UMI) och Uppmärksamhetssignal (UMS)

Uppmärksamhetsinformation i patientjournalen omfattar information som särskilt behöver uppmärksammas i akuta situationer och som är av betydelse för medicinsk handläggning.

Regionens arbetssätt behöver följa Socialstyrelsens årliga process för uppdatering av uppmärksamhetsinformation. Under 2025 har ett arbete pågått för att tydliggöra ansvarsfördelning och etablera ändamålsenliga rutiner. Beslut har fattats om att verksamheterna behöver genomföra en **initial gallring av inaktuell information** i uppmärksamhetssymbolen för att minska risken för att föråldrad eller felaktig information påverkar vårdens beslut och åtgärder.

Kunskapsspridning

Kanaler för intern kunskapsspridning inom patientsäkerhetsområdet finns på intranätet och vårdgivarwebben. När händelser har inträffat där systembrister har upptäckts och behöver spridas, sammanfattas detta av chefläkare och chefsjuksköterskor och kommuniceras i chefsforum.

Medicinteknisk säkerhet

Medicintekniska produkter utgör en central del av modern hälso- och sjukvård och omfattar allt från enkla produkter såsom plåster och katetrar till avancerad utrustning som infusionspumpar och medicinska informationssystem. För att säkerställa en hög nivå av patientsäkerhet krävs att dessa produkter används på ett korrekt, säkert och kunskapsbaserat sätt.

Regionen har tidigare utvecklat en **portal för medicinteknisk säkerhet**, och under året har portalen vidareutvecklats inom flera områden. Syftet med portalen är att erbjuda ett enhetligt, kvalitetssäkrat och ändamålsenligt stöd för verksamheterna, samtidigt som den administrativa bördan minskar.

Portalens innehåll baseras på gällande lagstiftning och regionens organisatoriska förutsättningar, vilket säkerställer att processerna är anpassade till verksamhetens behov.

Under året har flera nya processer utvecklats inom ramen för portalen, bland annat:

- eftermarknadsanalys för medicintekniska produkter (MTP)
- kompetenshantering och ansvarsfördelning
- stöd för specialanpassning av medicintekniska produkter

En utbildning i medicinteknisk säkerhet riktad till vårdmedarbetare har publicerats, och en motsvarande utbildning för chefer har tagits fram för att stärka ledarskapets kunskap och ansvar i frågor som rör medicinteknisk utrustning. Därtill har tillsyn inom området genomförts.

Avvikelse kopplade till medicintekniska produkter har följts upp och återkopplats till berörda aktörer. En ökad intern samverkan, särskilt med chefläkarfunktionen, har bidragit till en snabbare och mer effektiv hantering av både operativa ärenden och utredningar.

De största utvecklingsområdena framåt är:

- kartlägga och stärka spårbarheten för medicintekniska produkter
- implementera och harmonisera de arbetsätt och processer som tagits fram inom ramen för portalen
- säkerställa att samtliga verksamheter tillgodogör sig det stöd som erbjuds

Dessa insatser är centrala för att ytterligare stärka medicinteknisk säkerhet och därigenom bidra till en trygg och säker vård för patienter i Region Östergötland.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av kontinuerliga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säker vård förändras snabbt, och det är därför nödvändigt att i närtid kunna identifiera, hantera och åtgärda störningar som kan påverka patientsäkerheten.



Inom ramen för området *Agera för säker vård* har flera insatser genomförts i syfte att stärka patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Operativ daglig styrning finns på respektive sjukhus, och vårdverksamheterna använder strukturerade arbetssätt för planering, uppföljning och prioritering på daglig basis.

Robust läkemedelstillgång

Restsituationer av läkemedel är fortfarande en utmaning som hälso- och sjukvården behöver förhålla sig till. Betydande resurser avsätts för att tidigt identifiera ersättningsläkemedel och alternativa behandlingsstrategier samt för att snabbt kommunicera dessa till berörda verksamheter.

Sortimentsrådet för läkemedel inom Läkemedelscenter arbetar löpande med åtgärder för att underlätta hanteringen både i vårdverksamheter och på apotek. När utländska läkemedelsförpackningar används säkerställs att viktig information om hantering, administrering och förvaring når vårdpersonal och patienter genom riktade informationsinsatser och uppdaterade ordinationsmallar.

Region Östergötland har ett inriktningsbeslut om att regionens verksamheter ska lagerhålla läkemedel motsvarande 4–6 veckors förbrukning. Detta är en central åtgärd för att:

- minska sårbarheten vid leveransstörningar
- säkerställa en trygg läkemedelstillgång
- upprätthålla en stabil och säker vård även vid störningar i nationella och globala leveranskedjor

Genomlysning av läkemedelslagerhållning

Läkemedelscenter har under året genomfört en regionövergripande genomlysning av läkemedelslagerhållningen. Resultaten visar att:

- en majoritet av verksamheterna uppfyller kravet på 4–6 veckors lagerhållning
- vissa verksamheter rapporterat begränsad lageryta och förvaringskapacitet
- några verksamheter ännu inte återrapporterat sitt resultat

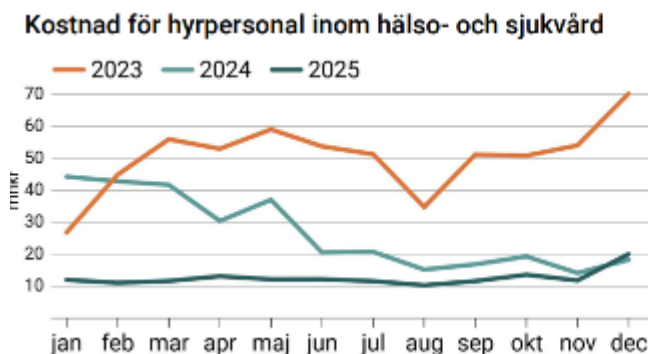
I linje med regionens långsiktiga strategi för en trygg läkemedelsförsörjning har beslut fattats om att Region Östergötland från och med 2028 ska **driva sjukhusläkemedelslager i egen regi**. Under 2025 har förberedelserna intensifierats och omfattar:

- genomlysning av nuvarande logistikflöden
- behovsanalys
- kravställning av system- och processlösningar
- planering för en säker och kostnadseffektiv övergång

Genom dessa insatser tar regionen viktiga steg mot en mer robust, resilient och långsiktigt hållbar läkemedelsförsörjning.

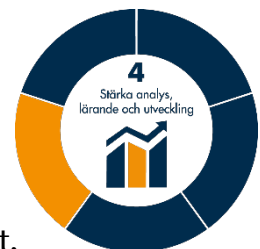
Bemanning och kompetens

Arbetet med att minska beroendet av bemanningsföretag och samtidigt stärka den interna kompetensförsörjningen har fortsatt under 2025. Omställningsarbetet har bidragit till att det totala antalet anställda minskat något samtidigt som antalet sjuksköterskor och läkare har ökat. Att behålla kompetens och stärka förutsättningarna för en mer robust och långsiktigt hållbar kompetensförsörjning behöver fortsatt vara i fokus.



Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en central del av patientsäkerhetsarbetet. Genom att resultat och observationer används för att förstå vilka faktorer som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda vårdresultat skapas förutsättningar för att utveckla verksamheten. Ett systematiskt lärande bidrar till att öka kvaliteten och säkerheten i vården samt att minska risken för att vårdskador uppstår.



Riskhantering

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet och därmed påverka patientsäkerheten. För varje identifierad risk ska sannolikheten för att händelsen inträffar uppskattas, och även de potentiella negativa konsekvenserna. Detta utgör grunden för ett systematiskt och proaktivt patientsäkerhetsarbete.

Regionens egenkontroll genomförs bland annat genom verksamheternas **RH-check**, där brister ska identifieras, dokumenteras och åtgärdas inom fastställda tidsramar. RH-checken bidrar till att synliggöra riskområden och säkerställer att verksamheterna arbetar strukturerat med att förebygga vårdskador.

Ett viktigt komplement är den visuella metoden Gröna Korset, som används i det dagliga arbetet för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Metoden möjliggör snabb upptäckt av avvikelser, underlättar daglig uppföljning och skapar ett gemensamt lärande i

arbetsgruppen. Genom att synliggöra händelser kontinuerligt skapas också ett tydligt underlag för riktat förbättringsarbete och för att ytterligare stärka säkerhetskulturen.

Riskanalyser

Under året har flera övergripande riskanalyser genomförts med koppling till den omfattande omställning som pågår i Region Östergötland. De främsta riskerna som identifierats inom patientsäkerhetsområdet avser:

- försämrad tillgänglighet, med ökad risk för fördröjd vård
- risk att sköra patienter inte får adekvata insatser i tid, särskilt i övergångarna mellan vårdens olika delar

För att förebygga och hantera dessa risker krävs aktiva åtgärder i verksamheterna. Det är särskilt viktigt att kärnverksamheten prioriteras och att utvecklingsinitiativ vid behov pausas för att vara säkra på att resurser används där de gör störst nytta ur patientsäkerhetssynpunkt.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Beredskapsorganisation



Regionens beredskapsorganisation aktiveras vid allvarliga händelser som riskerar att påverka vårdens funktion och patientsäkerhet. Exempel på situationer där särskild sjukvårdsledning har etablerats är pandemi, extrem vårdplatsbrist, omfattande IT-störningar och större olyckor.

Region Östergötland använder följande beredskapslägen, både lokalt och regionalt:

- **Stabsläge:** Särskild sjukvårdsledning följer händelseutvecklingen, vidtar nödvändiga åtgärder och håller sig underrättad om läget.
- **Förstärkningsläge:** Särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för att förstärka utvalda funktioner.
- **Katastrofläge:** Särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för att förstärka samtliga kritiska funktioner.

Varje verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har kontinuitetsplaner och reservrutiner, att dessa revideras vid behov samt att de övas regelbundet. Stöd- och

serviceenheter genomför parallellt sin egen kontinuitetshantering för att säkerställa robusthet i driften. Verksamheter som är beroende av exempelvis IT-stöd eller fastighetstekniska system ska säkerställa att kritiska aktiviteter kan upprätthållas vid störningar eller avbrott. Egenkontroll av kontinuitetshantering genomförs löpande i samtliga verksamheter.

Säker läkemedelshantering

Den lokala arbetsgruppen för säker läkemedelshantering har under året bidragit till att en regiongemensam riktlinje för perioperativ hantering av antitrombotisk behandling publicerats. Riktlinjen fungerar som ett besluts- och ordinationsstöd för behandling av vuxna patienter i samband med elektiv kirurgi.

Ett IT-stöd för identifiering av patienter med hög risk för negativa koagulationsrelaterade händelser är under utveckling, och förväntas stärka det preventiva arbetet och minska risken för vårdskador kopplade till blödnings- och trombosproblematik.

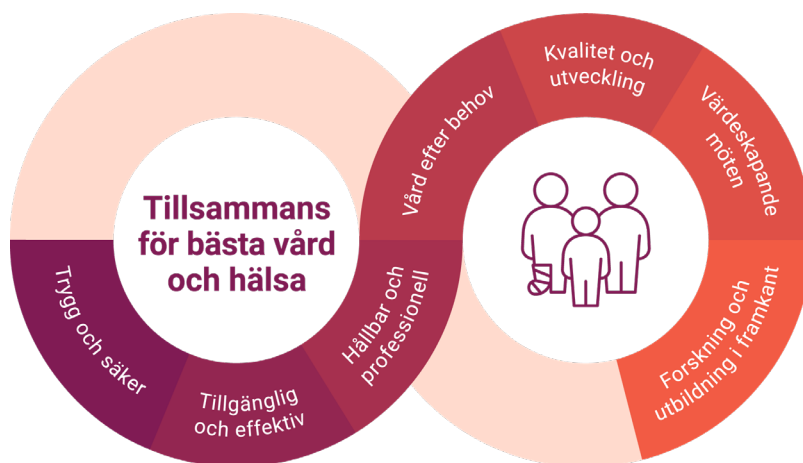
Arbetsgruppen har även genomfört en kartläggning av lokala, regionala och nationella forum inom området för att underlätta snabbare, mer samordnade och effektiva arbetsprocesser. Under 2026 kommer arbetsgruppens arbete särskilt att inriktas mot läkemedelsfrågor i vårdövergångar för sköra och komplexa patienter - ett område med tydlig koppling till patientsäkerhet.

Under året har dessutom en riskanalys genomförts av det pågående arbetet med nationella läkemedelslistan i regionen.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Hälso- och sjukvården i regionen har som mål att erbjuda invånarna en trygg, säker och kunskapsbaserad vård i alla delar av vårdkedjan. Det förebyggande arbetet är en central del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet och är avgörande för att minska risken för vårdskador och skapa en säker vård.

Sjukvårdssystemets strukturella och organisatoriska förutsättningar påverkar i hög grad patientsäkerheten. Brister i kompetensförsörjning, begränsad tillgänglighet, hög belägningsgrad och periodvis ansträngd bemanning leder till ökade risker i vården. Dessa faktorer kan påverka både kvaliteten i det patientnära arbetet och möjligheten att upprätthålla säkra arbetssätt och rutiner, vilket i sin tur ökar risken för vårdskador.



Huvudbudskapet i hälso- och sjukvårdens målbild är "Tillsammans för bästa vård och hälsa" där utgångspunkten är begreppet god vård; en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges inom rimlig tid.

I februari 2026 beslutade politikerna om en regional patientsäkerhetsstrategi för Region Östergötland². Strategin visar vägen framåt för ökad patientsäkerhet i Region Östergötland. Till strategin finns en handlingsplan för 2026–2030 som ska stödja det fortsatta arbetet med patientsäkerhet.

² Länk till strategi för ökad patientsäkerhet 2026-2030

Sammanfattningsvis visar 2025 på både uthållighet och behov av fortsatt utveckling. Region Östergötland står inför viktiga prioriteringar och utmaningar under 2026: att stärka säkerhetskulturen och kopplingen till arbetsmiljön, säkerställa bemanning och kompetens i patientnära vård, förbättra tillgängligheten till vårdplatser, diagnostik och operation samt fördjupa samverkan inom och mellan huvudmän. Ökad patient- och närståendedelaktighet, systematisk uppföljning och en stärkt förmåga att arbeta förebyggande kommer att vara avgörande för att ytterligare höja patientsäkerheten i regionens vårdverksamheter.