

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

## Svenska Röda Korset

### Avdelning Hälsa och vård

## 2024



**Datum 2025-02-27**

Ansvarig för innehållet:

Ulrika Wickman, avdelningschef, *Avdelning Hälsa och Vård*

# Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

*PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



**Källa:** Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024" Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

# Innehåll

<b><u>SAMMANFATTNING</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</u></b> .....	<b>10</b>
<u>Engagerad ledning och tydlig styrning</u> .....	11
<u>Övergripande mål och strategier</u> .....	11
<u>Organisation och ansvar</u> .....	12
<u>Samverkan för att förebygga vårdskador</u> .....	14
<u>Informationssäkerhet</u> .....	17
<u>Strålskydd</u> .....	19
<u>En god säkerhetskultur</u> .....	20
<u>Adekvat kunskap och kompetens</u> .....	27
<u>Patienten som medskapare</u> .....	30
<b><u>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</u></b> .....	<b>32</b>
<u>Öka kunskap om inträffade vårdskador</u> .....	39
<u>Tillförlitliga och säkra system och processer</u> .....	41
<u>Säker vård här och nu</u> .....	42
<u>Riskhantering</u> .....	42
<u>Stärka analys, lärande och utveckling</u> .....	44
<u>Avvikelse</u> .....	44
<u>Klagomål och synpunkter</u> .....	47
<u>Öka riskmedvetenhet och beredskap</u> .....	49
<b><u>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</u></b> .....	<b>51</b>

# Inledning

2024 har kännetecknats av en föränderlig omvärld. Som organisation påverkas Röda kors- och röda halvmånerörelsen på global, nationell och lokal nivå. Aldrig tidigare har så många människor varit på flykt och det pågår krig och konflikter på många platser i världen. Ett förändrat säkerhetsläge i Europa i kombination med ett hårdnande samhällsklimat i Sverige ger en påverkan för de vårdverksamheter som bedrivs inom Svenska Röda Korset.

Arbetet utgår från organisationens sju grundprinciper, *Humanitet, Opartiskhet, Neutralitet, Själständighet, Frivillighet, Enhet och Universalitet*. Dessa grundprinciper är organisationens "kompass" och ska genomsyra vårt arbete och vara vägledande i vardagen och i beslut kring strategier, målgrupper och arbetssätt.

## Omläggning av svensk migrations politik

Kvalitet och patientsäkerhet vid Röda Korsets vårdverksamheter påverkas av den pågående omläggningen av svensk migrationspolitik. Under året har utredningen kring *utökad informationsplikt* den så kallade, "Angiverilagen", skapat mycket oro för de målgrupper som vi möter, inte bara i vårdverksamheter utan även i verksamheter som bedrivs av lokalföreningar. Många papperslösa är rädda för att bli upptäckta av myndigheterna och utvisade, detta leder till en rädsla för att söka vård vilket i sin tur leder till att patienter går med symtom på sjukdom där man riskerar ett förvärrat grundtillstånd innan man till sist söker hjälp. Förslaget, som ännu inte är lagstiftning, skapar likväl en misstro som inte enbart begränsar sig till gruppen papperslösa utan sprider sig till personer som generellt sett befinner sig i migrationsprocess samt grupper som på annat sätt redan har en svag tillit till vård eller svag förankring i samhället. Här finns Röda Korset som en trygg punkt. Hur detta tar sig uttryck redovisas i kapitlet avvikelser.

## Digitalisering

En drivande omvärldsfaktor som påverkar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är den snabba digitala utvecklingen. Den ger fördelar i tillgänglighet, digitala vårdmöten som ett exempel, men även utmaningar och hinder då inte alla våra patienter har tillgång till tex digitalt bank-id. Den snabba digitaliseringstakten kräver en mer effektiv och verksamhetsnära organisering. En IT-konsult dedikerad för den digitala utvecklingen inom Hälsa och Vård har anställts.

## **Säkerhet**

Nya lagkrav gällande integritet och dataskydd har lett till identifierade risker gällande informationssäkerhet samt ett systematiskt arbetssätt mot cyberhot. Det befintliga kvalitetsledningssystemet och patientsäkerhetsarbetet behöver regelbundet gås igenom och hållas uppdaterat. Kvalitetsledningssystemet genomlystes med start under 2023, arbetet har fortsatt 2024 med en rad förbättringar som inköp av nytt avvikelssystem och planering för nytt digitalt stöd för kvalitetsledning. Likaså har genomlysning av informations- och datasäkerhet, integritet och skydd av IT-system ägt rum under året.

## **Innovation**

Verksamhetsutvecklingen inom Hälsa och Vård håller en fortsatt hög takt. Ett flertal kvalitets- och patientsäkerhetsprojekt har genomförts. Fokus har legat på delaktighet, patientinflytande samt målgruppsinvolvering som i projekten: *Peer support* vilket finns vid RKC i Göteborg och Skövde, *Bygga tillsammans* i RKC Skövde, samt *Mitt hjärtas system II* i RKC Malmö.

Uppsala har sedan några år tillbaka arbetat med en metod för intensivbehandling – det har producerats följestudier under 2024 och arbetssättet har spridits och används nu även i Skellefteå, Skövde, Göteborg och Malmö.

*Ulrika Wickman, avdelningschef*

# Avdelning Hälsa och Vård

Svenska Röda Korset, *Avdelning Hälsa och Vård*, driver behandlingscenter för krigsskadade och torterade samt en vårdförmedling för papperslösa personer och andra migranter som faller utanför det offentliga skyddsnetet.

Tyngdpunkten i arbetet ligger i huvudsak på vård och behandling. Utöver vårduppdraget tillkommer uppgiften att ge utbildning och sprida kunskap till andra verksamheter som möter målgruppen. Avdelning Hälsa och Vård bidrar till kunskapsutveckling, bedriver forskning, påverkansarbete samt främjar samverkan med andra aktörer, både nationellt och internationellt. I uppdraget ingår att arbeta med förebyggande psykosocialt stöd och i detta syfte finns bland annat en *Webbhub* – en digital plattform - för psykisk hälsa dit allmänheten kan vända sig för stöd och information.

## Vårdförmedling för papperslösa

Svenska Röda Korsets *Vårdförmedling* för papperslösa ligger i Stockholm och vänder sig till papperslösa och andra migranter som faller utanför det offentliga skyddsnetet. På Vårdförmedlingen finns sjuksköterskor, volontärläkare och kurator som arbetar med att ge rådgivning om hur målgruppen eller närstående kan få tillgång till den vård den behöver och har rätt till. Målgruppen är migranter som helt eller delvis faller utanför det offentliga skyddsnetet. Hit räknas papperslösa, asylsökande, personer som söker uppehållstillstånd på plats i Sverige samt EU-medborgare/tredjelandsmedborgare med uppehållstillstånd i annat EU/EES-land men som saknar europeiskt sjukförsäkringskort. För de personer som helt nekas vård av det offentliga har Vårdförmedlingen en minde vårdmottagning där sjuksköterskor, kurator och volontärläkare finns tillgängliga för enklare insatser.

Då behovet är stort pågår arbetet med att utöka antalet mottagningar på fler platser i landet. Under 2024 har ett samarbete etablerats med Västra Götalandsregionen och Stiftelsen Rosengrenska. Verksamheten öppnar i Göteborg i mars 2025.

## Behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade

Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade finns på fem platser i landet med 4 filialer. Behandlingscentren är specialiserade på behandling av patienter med trauman från tortyr, krigs- eller svåra flyktupplevelser. Behandlingen ges oavsett personens juridiska status. Behandlingen sker såväl individuellt som i grupp. På vissa center ges behandling av barn och ungdomar som lever med dessa erfarenheter. Då måendet inte bara påverkar individen utan nätverket omkring, primär familj och närstående, erbjuds även anhörigstöd samt barn- och familjeverksamhet som en del av den ordinarie verksamheten. Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade är den ledande aktören i att genomföra tortyrskadeutredningar enligt Istanbulprotokollet.

# Svenska Röda Korset – en idéburen vårdgivare

Svenska Röda Korset har ett särskilt mandat i sin stödjande roll till staten. Internationellt är Röda Korset världens största kris- och katastroforganisation som i sitt uppdrag är en ledande humanitär kraft i världen. I vissa länder – däribland Sverige – tillkommer en formell roll som vårdgivare med de regulatoriska krav det innebär. Svenska Röda Korsets vårdenheter samlas under Hälsa och Vård. Som idéburen vårdgivare finns en särskild kraft som vi menar tillför särskilda mervärden till den hälso- och sjukvård vi bedriver.

Det viktigaste mervärdet är förtroendet för Röda Kors-emblemet, som ger möjligheter att lättare att nå fram till personer som lever under särskilt utsatta förhållanden. Grupper som papperslösa eller i osäker migrationsstatus kan ha negativa erfarenheter, rädslor, lågt ställd förväntan på att få hjälp och kan ha ett svagt förtroende för vårdsektorn.

Organisationen som är känd över hela världen uppfattas som en fristående, humanitär aktör som människor känner till och kan vända sig till med förtroende oavsett status. Utgångspunkten i arbetet är alltid humanitet.

Samtligt arbete inom Röda Korset, oavsett uppgift, funktion eller lokalisering utgår från organisationens sju grundprinciper: *Humanitet, Opartisthet, Neutralitet, Självständighet, Frivillighet, Enhet och Universalitet.*

## Vårdverksamheternas lokala Röda Kors-samarbeten

Utbyte mellan Röda Korset och vårdverksamheterna inom Hälsa och Vård sker ofta på lokal nivå. Flera behandlingscenter har ett nära samarbete med de lokala Röda Kors-kretsarna eller med Röda Kors-Hus.

Ett tydligt exempel från 2024 är *RKC Skövde* där insamlade gåvomedel från lokala Röda Kors-kretsar gett bättre möjligheter för behandlingscentrets patienter att kunna vara med på de gruppbehandlingar som ges. Det är inte ovanligt patienterna har långa resvägar, ofta i kombination med en svag ekonomi, där resorna till behandlingscentret då blir en tröskel för att kunna tillgodogöra sig behandlingen. Genom insamlade gåvomedel från krets kan *RKC Skövde* erbjuda reseersättning till kollektivtrafik för de mest långväga patienterna. Detta möjliggör att de patienterna med särskilt svår ekonomisk situation kan ha råd att kunna ta sig in till centret och tillgodogöra sig den behandlingen som ges. Effekten är att gruppbehandlingar och kvinnogrupper på centret har en god beläggning och att patienter klarar genomgå hela behandlingen. På *Vårdförmedlingen* i Stockholm arbetar sjuksköterskor en dag i veckan på Röda Kors-husets lokaler i Skärholmen för att finnas nära de målgrupper som verksamheten vänder sig till.

## Internationellt arbete

Vårdverksamheterna inom Hälsa och Vård verkar inte enbart på lokal nivå i sin region utan ingår också som en del i ett större internationellt sammanhang. Samarbeten finns mellan vårdverksamheterna och den internationella Röda Kors-rörelsen. Formella partnerskap med *Internationella Rödakorskommittén (ICRC)* och *Internationella rödakors- och rödahalvmånefederationen (IFRC)* ger möjligheter till kunskapsutbyte inom organisationen inom fältet psykologisk traumavård. Dessa samarbeten bidrar på flera sätt till att stärka rörelsen i stort men har goda effekter tillbaka till patientsäkerhet och kvaliteten för behandlingscentren. Samarbetet hålls samman av Hälsa och Vårds internationella koordinator.



Frågor där Hälsa och Vård också kunnat få kunskapsinhämtning för det egna kvalitetsarbetet under 2024 är frågor om Mpox-läget, i frågor rörande dataskydd kring särskilt känsliga data, samt utbyten kring området psykisk hälsa. Samarbetet med Röda Kors-rörelsen ger en möjlighet till en oberoende, fristående omvärldsspaning samt möjlighet att få direktrapporteringar från fält i frågor som har betydelse för omhändertagandet av de patientgrupper som Hälsa och Vård möter. Vårdenheterna bidrar också in till detta arbete med sin kunskap om traumavård, vilket beskrivs mer ingående i kapitlet om kompetens.

## Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Svenska Röda Korsets Kompetenscenter, *KC*, är ett forskningssamarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Samarbetet ger möjlighet kombinera vårdenheternas kliniska erfarenhet med högskolans vetenskapliga kompetens.



Forskningen är klinisknära och syftar till att ge hög kvalitet i den tortyr- och krigsskaderehabilitering som äger rum i verksamheterna.

Arbetstakten är hög med ett flertal pågående forskningsprojekt:

## 2024

Projekt	Beskrivning	Enhet
<b>Barn som överlevt tortyr</b>	Projektet syftar till att samla kunskap om tortyrutsatthet hos barn och förstå vilka särskilda krav det ställer på behandlingen.	<b>RKC Uppsala</b> 2022–2025
<b>Mitt hjärtas system</b>	Utveckling av behandlingsinterventioner anpassade för kvinnliga patienters särskilda behov	<b>RKC Malmö</b> 2021-
<b>Trygga grupper</b>	Insatser för kvinnor som upplevt flykt och könsrelaterat våld. En gruppbehandling för kvinnor med en dubbel våldsutsatthet.	<b>RKC Skövde</b> 2023–2025
<b>Intensiv traumabehandling</b>	Pilotstudie - Processutvärdering intensiv traumabehandling	<b>Hälsa och Vård</b> 2021–2024

## Publikationer och rapporter

I takt med att forskningsprojekten fortskrider publicerar KC löpande nya forskningsrapporter och artiklar. Nedan finns en sammanställning av de publikationer och rapporter som har publicerats under 2024, vilka speglar de senaste rönen från KC:

## 2024

Författare	Titel	Publiceringsår
Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T.	Women's experiences of trauma-informed care for forced migrants: A qualitative interview study.	2024
Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T.	Trauma-informed care for women who are forced migrants: a qualitative study among service providers.	2024
Jolof, L., Rocca, P., & Carlsson, T.	Support interventions to promote health and wellbeing among women with health-related consequences following traumatic experiences linked to armed conflicts and forced migration: a scoping review.	2024

Pérez-Aronsson, A., Inge, E., Alanbari, H., Alsalamah, I., Ghannoum, M., Abu Mohammad, Z., Johansson Metso, F., Holmqvist, F., Belachew, J., Filén, T., Pålsson Hennoks, F., Sarkadi, A. & Warner, G.	Co-Design Workshops to Develop a Psychosocial Support Service Model for Refugees in Sweden Affected by Gender-Based Violence.	2024
Gottvall, M., Kissiti, R., Ainembabazi, R., Bergman, H., Eldebo, A., Isaac, R., Yasin, S., Jirwe, M. & Carlsson, T.	Mental health and societal challenges among forced migrants of diverse sexual orientations, gender identities and gender expressions: health professionals' descriptions and interpretations.	2024
Vågbratt, L., Möller, N., & Tinghög, P.	Intensivbehandling för personer som traumatiserats till följd av tortyr, krig och flykt. En effekt- och processutvärdering. (Omarbetning av examensuppsats av Malin Anderman och Helena Ölund, Umeå Universitet, HT 2023)	2024

Läs mer om KC, dess publikationer och projekt här: [Röda Korsets kompetenscenter för tortyr, krigsskaderehabilitering](#)

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet:

## Engagerad ledning och tydlig styrning

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



## Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att systematiskt förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. Arbetet är kontinuerligt, långsiktigt och ständigt pågående.

### Hälsa och Vård - En avdelning i tillväxt

Under 2023 gjordes en grundlig översyn av det befintliga kvalitetsledningssystemet där dess förmåga att leva upp till de krav som systemet ska säkerställa utvärderades. En slutsats som drogs ur utvärderingen var att Avdelning Hälsa och Vård expanderat över tid och öppnat fler vårdenheter, samt genom åren också fått ett allt bredare uppdrag. Avdelning Hälsa och Vård utför inte bara vård i rollen som vårdgivare utan har idag ett breddat uppdrag som folkhälsoaktör - framför allt inom området kring psykisk hälsa, *Mental Health and Psycho-Social Support*, hädanefter benämnt *MHPSS*. Inom avdelningen finns pågående EU-projekt för att möta ukrainska migranter, *EU for Health* samt en *Webbhub* för psykisk hälsa för allmänheten.

Expansionen med nya vårdenheter runt om i landet och breddningen av uppdraget har inneburit ett behov att se över organisationsstrukturen och med det samtidigt göra en översyn av kvalitetsledningssystemet. Behovet innebär en revidering av organisationsstrukturen, en översyn av ledningsroller och det ansvar samt mandat som tillkommer. En omorganisation för att bättre matcha den växande organisationen inleddes under hösten 2024 som pågår in i 2025. Följande kapitel – *Organisation och ansvar* - beskriver befintligt kvalitetsledningssystem och organisationsstruktur så som det sett ut under 2024.

## Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning av hälso- och sjukvården. Ledningen är en viktig förebild och har en avgörande roll i arbetet med att stärka och stimulera till att kvalitet och säkerhet upprätthålls. Ledarskap för säker vård sker på olika nivåer med sina förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete. Nedan beskrivs roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet inom Svenska Röda Korsets organisation och dess olika nivåer.

### Svenska Röda Korsets Styrelse

Styrelsen är ansvarig vårdgivare och har ett övergripande ledningsansvar som ska se till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Styrelsen bär det yttersta ansvaret för att det finns ledningssystem enligt *SOSFS 2011:9* och att det används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdsverksamheternas kvalitet. Konkret innebär det bland annat att styrelsen ska se till att uppföljning av fastställda mål sker, säkerställa att riktlinjer, policys och rutiner efterlevs och att en tydlig ansvarsfördelning för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete finns på alla nivåer i organisationen. Styrelsen är ytterst ansvarig för att det finns förutsättningar för medarbetare, chefer och verksamheter att arbeta utifrån kvalitetsledningssystemets processer och rutiner.

### Generalsekreteraren

Generalsekreteraren verkställer riksstämmans och styrelsens beslut med stöd av centralstyrelsens organisation. Generalsekreteraren är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och att patientsäkerhetsarbetet i vårdverksamheterna bedrivs systematiskt i enlighet med patientsäkerhetslagen. Ansvaret för att driva patientsäkerhetsarbetet är till stora delar delegerat till avdelningschef för området Hälsa och Vård. För att leda och genomföra beslutad verksamhet har generalsekreteraren följande tjänstepersonsstruktur:

### Avdelningschef

Avdelningschef för avdelning Hälsa och Vård kommunicerar och omsätter styrelsens övergripande mål till avdelning Hälsa och Vårds verksamheter samt inom sitt uppdrag följer upp, analyserar och därigenom utvecklar avdelningen. Avdelningschef samordnar utvecklingsinsatser och kvalitetssäkringsarbete på en övergripande nivå samt har ett administrativt ledningsansvar att föra avdelningen mot uppsatta mål. Avdelningschefen har övergripande ansvar för ekonomi, planering och uppföljning av verksamheterna i

enlighet med fastställda beslut och riktlinjer. Avdelningschef är anmälningsansvarig enligt Lex Maria. Avdelningschef rapporterar till generalsekreteraren

### **Verksamhetschef**

Lokalt är verksamhetschef vid varje enhet ansvarig för hur patientsäkerhetsarbetet efterlevs och följs upp. Verksamhetschefen har ledningsansvaret för sin verksamhet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschefen har det huvudsakliga ansvaret för patientsäkerheten på enheten och står som tillståndsinnehavare hos IVO. Verksamhetschefen leder och har det operativa ansvaret för verksamhetsutveckling, ekonomi, arbetsmiljö och samverkar internt såväl som med externa aktörer. Verksamhetscheferna inom Hälsa och Vård rapporterar till avdelningschef. Cheferna ingår i ett ledningsteam som är underställt avdelningschef. Till sitt stöd i patientsäkerhet och inom kvalitetsledning har verksamhetschefer tillgång till Hälsa och Vårds stab och kvalitetsutvecklare.

### **Kvalitetsutvecklare**

Tillsammans med avdelningschef och verksamhetschefer utvecklar, upprätthåller och utvärderar kvalitetsutvecklare verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetsutvecklare bedömer vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att vården som bedrivs uppfyller gällande krav och mål, utarbetar rutiner, säkerställer egenkontroller utförs, följer upp avvikelser, utför systematisk lagefterlevnad samt bidrar vid implementering av kvalitetshöjande insatser. Rollen är fristående med ett granskande mandat. Kvalitetsutvecklare rapporterar idag till biträdande avdelningschef som i sin tur rapporterar till avdelningschef.

### **Medarbetare**

Medarbetare som arbetar närmast patienten utövar också ett ledarskap. Varje medarbetare har ett eget ansvar för sitt patientarbete. Medarbetare ansvarar för att arbetet utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt i enlighet med patientsäkerhetslagen och författningar. Varje medarbetare ansvarar också för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet så som det beskrivs i avdelningens kvalitetsledningssystem.

### **Stab och stödfunktioner**

Övriga stödfunktioner som stöttar organisationen i frågor om kvalitet och patientsäkerhet är biträdande avdelningschef, HR-partner, dataskyddsombud samt IT. Avdelning Hälsa och Vård har samverkan med andra verksamheter inom Röda Korset, till exempel *Enhet för skydd och efterforskning*, *familjeåterförening*, *migrationsrådgivning* och olika sociala verksamheter som bidrar med sin sakkunnighet. Inom Hälsa och Vårds stab finns

sakkunniga rådgivare som stödjer det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat inom områdena psykisk hälsa, projektledning, planering och uppföljning, samt påverkansarbete.

### **Förvaltningsledare för IT och vårdssystem**

Den snabba digitala utvecklingen inom hälso- och sjukvård kräver en adekvat resurssättning och rätt kompetens. En övergripande organisatorisk fråga av betydelse för kvalitet och säkerhet för Hälsa och Vård är behovet av en utsedd IT-person med huvuduppgift att helt att stötta vårdenheterna. En IT-konsult anställdes under 2024 för att implementera ett nytt avvikelssystem och se över kravspecifikationer för inköp av nytt digitalt stöd kvalitetsledningssystemet. I uppdraget gick samtidigt en inventering av behovet av IT-stöd. En fast person anställs till 2025 då behovet är stort och arbetssättet med en specifik, klinisknära IT-person visat sig gynnsamt för det interna samarbetet och vårdkvaliteten.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Samverkan för att förebygga vårdskador innebär i korthet hur de olika professionerna kring patienten arbetar ihop så att risker minimeras och patientsäkerhet upprätthålls. Det kan tyckas självklart att vårdpersonal, patienter och anhöriga behöver vara i samverkan för att identifiera och åtgärda brister i vården innan de leder till skador, men det räcker inte med kunskaper utifrån den egna professionen. Säker vård kräver samarbete med de olika professionerna kring patienten, men även samarbete med stödfunktioner och stab för att organiseringen av vården ska kunna bli säker. Genom god samverkan mellan alla parter skapas det bästa utfallet för dem som verksamheten är till för.

### **Intern samverkan**

Intern samverkan för att förebygga vårdskador sker på olika nivåer inom organisationen. Huvudprocesser finns angivna för vårdverksamheterna. Processerna syftar till att ge ett genomtänkt omhändertagande där insatser inte missas, faller mellan stolarna, fördröjs eller ges på ett icke-koordinerat vis. Processer i vård innebär att alla vet vad nästa steg är och vad de olika professionerna kring patient ska bidra med i planeringen.

Medarbetare, chefer utgör tillsammans med stab och stöd ett stödjande strukturer kring patienten. Arbetet vilar både på tydliga strukturer och processer - men även på mjuka

vården såsom ledarskap och kultur. Röda Korsets principer behöver fungera som en vägledning i detta arbete. Under 2024 har följande åtgärder införts:

## 2024

Initiativ	Beskrivning
Ny vårdplansmodul	Förtydligar yrkesroller och patientansvaret i den interna samverkan kring en patient.
Översyn av dokumentation i journalsystemet	RKC Uppsala. Nya mallar, såsom en förbättrad kuratorsmall, som tydliggör samordning.

### Extern samverkan

Personer med många olika slags kontakter med vård löper högre risk att drabbas av skador, dit hör exempelvis patienter inom psykiatrin. Målgruppen krigsskadade och torterade har många gånger ett behov av hjälpinsatser från många olika aktörer där de olika delarna kan behöva koordineras till en sammanhållande helhet.

Samverkan med externa parter sker i störst utsträckning med psykiatrin och primärvård men akut vård är inte ovanligt. En stor andel av patienterna på behandlingscenter för krigsskadade och torterade behöver också stöd från andra aktörer, som till exempel elevhälsan, skola, socialtjänsten och andra myndigheter som Försäkringskassan och Migrationsverket.

Den oftast förekommande patientavvikelsen inom Hälsa och Vård rör brister i samverkan mellan olika aktörer kring patienten. Situationer där samverkan från flera aktörer behövs gäller överföring från Röda Korsets behandlingscenter till akutpsykiatrin eller då patient som får sin huvudsakliga behandling hos Röda Korsets behandlingscenter skrivs ut från slutenvårdspsykiatri.

Ett exempel när extern samverkan försvåras gäller *samordnad individuell vårdplan, SIP*. Trots att behandlingscentren många gånger är patientens huvudsakliga vårdgivare förbises dessa vid upprättandet av en SIP, vilket får negativa konsekvenser för samordningen. Formuleringar i lagtext begränsar det lagliga utrymmet för Röda Korsets behandlingscenter att själva kalla till samordnad individuell planering.

En del i det systematiska kvalitetsarbetet är att främja samverkan på ett systematiskt sätt. Ett löpande sätt att lyfta samverkansbrister är via de samverkansmöten varje behandlingscenter har med sin avtalsregion. Samtliga center har regelbundna uppföljningsmöten med regionens tjänstemän vilket är ett forum där återkommande brister kan lyftas till en högre tjänstemannanivå.

I andra fall är åtgärden att erbjuda olika kunskapshöjande insatser för de externa parter som ingår i vården kring patienterna samt att bjuda in vårdgrannar för dialogmöten där det uppdragas att det har uppstått problem i samverkan.

En del för att förbättra samverkan sker indirekt genom påverkansarbete och folkupplysning. Avdelningens särskilda *tematiska rådgivare för påverkan* håller samman arbetet med att nå beslutsfattare och därmed kunna adressera behov och brister i samhället där personer riskerar att falla mellan stolarna. Medarbetare bred representation från centren träffas regelbundet där signaler om behov och brister som uppdagas i det kliniska arbetet kan fångas upp på ett tidigt stadium, samlas ihop och på ett samlat vis framförs till myndigheter, politiker och relevanta arenor.

Följande insatser har genomförts 2024 för att förtydliga och stärka extern samverkan:

## 2024

Initiativ	Beskrivning
Förbättrade rutiner för samverkan	Inkluderar riktlinjer för orosanmälan och anmälan till IVO för att säkerställa en tydlig hantering av patientärenden.
Arbetsgrupp för uppföljning av avvikelser	Följer systematiskt upp de avvikelser som är kopplade till extern samverkan.
Nytt processtöd i avvikelssystemet	Stärker uppföljningen av avvikelser som rör samverkan och möjliggör förbättringar i arbetssättet

### Samverkan om vård som inte kan anstå

Röda Korsets vårdverksamheter vänder sig till alla utifrån humanitärt behov, oavsett juridiskt status. En grupp som löper särskild risk att drabbas av risker, tillbud och negativa händelser på grund av brister i samverkan gäller gruppen asylsökande och papperslösa personer. De patienter som tillhör denna grupp befinner sig i en särskilt utsatt situation med ökad risk att drabbas av vårdskador på grund av oklara ansvarsförhållanden eller avsaknad av tydlig ansvarsbärare. För asylsökande och papperslösa tillkommer risker att falla mellan stolarna, då de dels saknar svenskt personnummer, dels finns oklarheter inom vården gällande vilken vård och vilka uppföljningar som ska erbjudas.

Begreppet ”Vård som inte kan anstå” tolkas olika av olika vårdgivare där okunskap om regelverket riskerar att skapa beslut baserat på tyckande eller missförstånd, något som ytterst ger risker för patientsäkerheten.

Denna utsatthet gäller i synnerhet *Vårdförmedlingens* patienter. Vårdförmedlingen som vänder sig till papperslösa och andra migranter som fallit utanför det offentliga skyddsnätet har sin huvudsakliga arbetsuppgift att ge stöd i samverkan då vården kring en papperslös på något sätt brustit. Följande områden för att stärka samverkan har setts över:



## 2024

Initiativ	Beskrivning
Översyn av processbeskrivningar för intern samverkan	Processbeskrivningar inom Vårdförmedlingen har setts över.
Nytt digitalt stöd för rådgivning.	Systemet, som påbörjades hösten 2024, ska ge säkrare handläggning av sms, telefon och chatt för stödsökande som vänder sig till Vårdförmedlingen. Rådgivningsfunktionen stödjer både individer, anhöriga till papperslösa och vårdgivare. Lansering sker våren 2025.
Ökad samverkan med patientnämnderna och Vårdförmedlingen	Samverkan stärks för att förbättra vårdprocesser och stödinsatser.

### Samverkan som löpande utvecklingsområde

Då detta är det enskilt största riskområdet gemensamt för samtliga vårdenheter, vilket återspeglas i avvikelser, riskbedömningar och i medarbetarenkäter, behöver arbetet med att förbättra och stärka samverkan löpa kontinuerligt. Stor omsorg behöver visas denna särskilda grupp i handläggningen mellan olika aktörer. Processbeskrivningarna behöver ses över systematiskt och återkommande. Detta blir ett fortsatt utvecklingsområde för 2025.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

#### Informationssäkerhet inom Svenska Röda Korset

Svenska Röda Korset är en del av den globala rödakorsrörelsen och en del av världens största humanitära organisation inom kris- och katastrofinsatser. I en alltmer osäker omvärld blir säkerhet och beredskap allt viktigare, vilket inkluderar skyddet av data och en säker hantering av information. Hälso- och sjukvård är den samhällssfär där den allra känsligaste datan hanteras och den sfär som ser störst ökning av cyberattacker. Med det ställs högre krav på ett systematiskt arbetssätt för cybersäkerhet där behov finns att följa med i en skärpt lagstiftning för cybersäkerhet.

Ett dataskyddsbud finns inom Svenska Röda korset med en övergripande organisation för dataskydd. Ett IT-styrningsråd finns sedan tidigare. Under 2023 gjordes en genomlysning av dataskydd och informationssäkerhet inom hela organisationen.

Informationsklassificering utfördes med en genomgång av de olika system som används inom organisationen, här ingår vårdsystem, journalsystem och avvikelshantering för avdelning Hälsa och Vård. Detta arbete har fortsatt under 2024 där de områden som bedömes som högst prioriterade nu har åtgärdats. De mest kritiska åtgärderna har varit att byta två mindre säkra digitala system till säkrare system, ett nytt avvikelssystem och ett ärendehanteringssystem för Vårdförmedlingen. Det systematiska arbetet finns angivet och publicerat för medarbetare och chefer på intranät:

- Riktlinjer för informationssäkerhet finns samt riktlinjer för IT-säkerhet.
- Incidentrapportering för informationsskydd har förtydligats i det nya avvikelssystemet med tydligare roller och automatiserade funktioner för att säkerställa korrekt handläggning inom de tidsramar som behöver ges.

### **Informationssäkerhet inom avdelning Hälsa och Vård**

Vårdutveckling, digitalisering och informationssäkerhet hänger i allt högre uträkning samman och kan inte alltid förstås oberoende av varandra. Rollen som lokal dataskyddssamordnare har under året flyttats över från biträdande avdelningschef till kvalitetsutvecklare som har ett strategiskt perspektiv och en sammanhållande funktion för avdelningen mellan IT, vård och dataskydd.

- Organisationen använder krypterade E-postlösning samt särskilda säkra digitala arbetsytor för ytterst känslig information behöver delas mellan yrkesverksamma, som tex tortyrskadeutredningar med känsligt bildmaterial eller juridiska utlåtanden som beskriver skäl till förföljelse.
- Informationssäker men lättillgänglig plattform för digitala vårdmöten finns sedan 2023.
- Säkerhetskopiering sker i journalsystem.

### **Systematiskt arbete kring dataskydd**

Arbetet inom Hälsa och Vård sker genom egenkontroller och loggkontroller avseende integritet i journalsystem. Behörigheter och roller i de digitala vårdsystemen ses över kontinuerligt. Rutiner ses över årligen och uppdateras i enlighet med förändrade omvärldskrav.

Konsekvensanalyser görs vid förändringar som har påverkan på integritet och informationssäkerhet. Upphandlingar av nya system eller ändrade arbetssätt sker enligt riskmatriser för dataskydd och integritet. Följande analyser har som gjorts 2024 utifrån integritetsperspektiv:

- Införande av ny yrkeskategori - Peer Support
- Nytt avvikelssystem
- Nytt ärendehanteringssystem för *Vårdförmedlingen*

## Övriga åtgärder under året

- Samtliga vårdrutiner som rör integritet, dataskydd och sekretess har genomlysts och setts över under 2024 – i samverkan mellan kvalitet och dataskydd.
- Utbildningar givits i dataskyddsförordningen/GDPR för dataskyddssamordnare.
- Dialogmöte med *Internationella Rödakorskommittén (ICRC)* – för hantering av sådan data som av organisationen bedöms som ytterst känslig.
- Rutiner för säker elektronisk informationsöverföring till personer i osäkert migrationsstatus har setts över. Personer kan ha fått behandling, utredning eller vård hos SRK men befinner sig i annat land, ofta under osäkra förhållanden. Dessa personer kan ha synnerligen angelägna skäl att få ut sin journal eller sin dokumentation över sina tortyrskador men har på grund av sitt status svårt att legitimera sig samt att själva överföringen av dokumenten är osäker. Arbetssätt, rutiner och digitala lösningar har setts över för att säkerställa hanteringen.

En avvikelse för året gäller behovet att säkra manuella rutiner för driftstopp. En rutin för driftstopp i journalsystem som ej färdigställts enligt upprättad planering. Arbetet löper vidare in i 2025.

## Etiska dilemman kring informationssäkerhet

En särskild utmaning i mötet mellan dataskydd och vård gäller de målgrupper som av olika skäl befinner sig i de mest utsatta livssituationerna. Den som saknar personnummer saknar också Bank-ID och den som har svag ekonomi kan ha svårt att teckna ett internetabonnemang eller helt sakna mobiltelefon. När vården alltmer flyttar in i digitala kanaler uppstår helt nya möjligheter men kan också innebära ett digitalt utanförskap. De digitala lösningar som används inom Hälsa och Vård behöver vara så tillgängliga som möjligt och ha så låg tröskel att de inte utestänger patienter från att få vård. Nya gratisappar för SMS och sociala media kan möjliggöra snabba och billiga vägar men behöver samtidigt ta hänsyn till skyddet av den känsliga vårddata som överförs, där behovet av säkerhet dessutom kan vara extra högt om personen lever i flykt.

Vid införande av digitala lösningar för Hälsa och Vård blir konsekvensanalyser särskilt viktiga eftersom många olika slags risker behöver vägas mot varandra. Risker med att utestängas från vård behöver vägas mot skydd av integritet och det händer att regelverk kolliderar. I de fall det identifieras särskilda risker eller särskilt stort behov av omsorg av data har dataskyddsombud och kvalitet viktiga roller som rådgivande funktion. Det är alltid Svenska Röda Korset som organisation som har det övergripande ansvaret att fatta policybeslut.

## Strålsäkerhet

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Ingen av enheterna berörs av författningen.

## En god säkerhetskultur

*”En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.”*



För att uppnå patientsäkerhet behövs en god säkerhetskultur. Grundläggande för en god säkerhetskultur är att alla är medvetna om de risker som finns och att medarbetare känner sig trygga att ifrågasätta arbetsmetoder och komma med synpunkter. Alla måste kunna säga ifrån om det finns brister i kvalitet och patientsäkerhet och denna person behöver bli lyssnad på. Detta brukar kallas att organisationen har en god säkerhetskultur. Det ska finnas möjlighet att lära av fel och misstag. Chefer och ledare har ett särskilt ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur, men alla i verksamheten bidrar till säkerhetskulturen

### Arbetsmiljö och patientsäkerhet

Sambandet mellan arbetsmiljöfaktorer och patientsäkerhet är starkt. Det är inte ovanligt att avvikelser inom hälso- och sjukvård är kopplade till arbetsmiljön. Avvikelser kan ha orsaker i den fysiska, den sociala, den digitala eller den organisatoriska arbetsmiljön. Delarna hänger ihop och påverkar varandra.

I Svenska Röda Korsets riktlinje för arbetsmiljö är det även stipulerat kring syn på säkerhetsarbete: *”Med vårt säkerhetsarbete vill vi uppnå faktisk och upplevd säkerhet och trygghet. Säkerhetstänket ska vara en naturlig del i arbetsmiljöarbetet och våra verksamheter ska fungera även i risksituationer. Säkerhet innebär för SRK proaktiva åtgärder för att förhindra och en förmåga att hantera konsekvenser av oönskade händelser och dess skadliga effekter på människor och egendom och utgör en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet”*.

Verksamheterna inom avdelningen Hälsa och Vård har liksom andra vårdgivare en uttalad skyldighet att skapa en tillitsfull kultur på arbetsplatsen som främjar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Exempelvis behöver verksamhetschefer och ledning ständigt arbeta med att flytta fokus från den enskilda yrkesutövarens roll till systemets och organisationens betydelse. Detta förhållningssätt gäller även den enskilde medarbetaren. Upprätthållandet av en icke-skuldbeläggande kultur där medarbetare – oavsett organisatorisk hemvist - tryggt kan

rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet är en fråga som behöver hållas levande.

### Beskrivning av det systematiska arbetsmiljöarbetet - SAM

Arbetsmiljöarbetet inom Hälsa och Vård sker löpande. Arbetet inkluderar medarbetarundersökningar, säkerhetskulturmätningar, skyddsronder och medarbetarsamtal. Det finns rutiner för Whistleblower-funktion och incidentrapporteringssystem för att identifiera och hantera risker i arbetsmiljön. Riskanalyser avseende arbetsmiljö sker inför större verksamhetsförändringar.

### Mätning av patientsäkerhetskultur

Säkerhetskulturmätningar och personalenkäter speglar på olika sätt hur medarbetare och chefer uppfattar kvalitet och säkerhet i organisationen. Dessa är EN aspekt av flera i arbetet med kvalitet och säkerhet. Resultaten återkopplas till teamen och analyseras tillsammans med de medarbetare som svarat på enkäten. Dialogerna ska bilda ett underlag för frågor om trygghet och kvalitet i arbetsgrupperna.

### HSE – Hållbart Säkerhets engagemang

Under 2024 infördes mätmetoden *Hållbart säkerhetsengagemang – HSE*. Metoden valdes ut specifikt för Hälsa och Vård som till skillnad från övriga områdesgrenar inom Röda Korset har Hälso- och sjukvård som sitt kärnuppdrag. Metoden är väl beprövad, är enkel att ta till sig samt ger jämförelse mot andra verksamheter. Mätningen sker en gång per år. Den första mätningen ägde rum i maj. Detta första resultat är ett utgångsvärde och används som baseline för kommande års mätningar.

### Resultat 2024

- Svansfrekvens: 76%
- KPI: 79 (Index 0–100)

HSE-fråga	Summa
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	4,1
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	4,0
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	3,9
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	3,6

5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	4,2
6. Jag vågar prata om mina misstag	4,3
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	4,1
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	3,5
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	3,8
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	4,5
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete	3,1

### Summering

- Svarefrekvensen på **76%** innebär att en stor del av de tillfrågade medarbetarna har deltagit i undersökningen, vilket är ett tillförlitligt underlag för bedömning av engagemanget och säkerheten inom Hälsa och Vård
- KPI-talet på **79** (0–100) indikerar en hög nivå av hållbart engagemang och säkerhetskultur inom Hälsa och Vård, vilket tyder på att medarbetarna generellt upplever goda förutsättningar för en säker och lärande arbetsmiljö

### Analys

Resultatet indikerar att medarbetarna inom Hälsa och Vård generellt upplever kulturen som säker. Den höga KPI:n på **79** återspeglar ett engagemang och en positiv upplevelse av arbetsplatsens säkerhetsarbete. Medarbetarna känner att säkerheten prioriteras, att öppenhet finns för att kunna prata om misstag och att det går att fråga om sådant det kan råda osäkerhet kring.

Det finns dock områden som kan utvecklas vidare, särskilt när det gäller lärandet från negativa händelser i verksamheten och anpassningen av arbetet till föränderliga förutsättningar. Även samarbetet mellan verksamheter kan förbättras, vilket bör ses som en spegling av de särskilda förutsättningarna kring samverkan rörande patientgrupperna.

Det högsta resultatet (**4,5**) gäller frågan om att känna sig trygg ifall det var en närstående som vårdades på arbetsplatsen. Detta tyder på att medarbetarna har förtroende för både säkerheten och vårdkvaliteten.

Det finns också utrymme för förbättringar. Det lägsta resultatet (**3,1**) gäller frågan om patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Detta indikerar att det finns potential att bättre ta tillvara och inkludera patienternas engagemang i säkerhetsarbetet, för att ytterligare förbättra både deras upplevelse och arbetsplatsens säkerhetskultur. Betyget

behöver inte tolkas som något dåligt, utan en återspeglning av den medveten som medarbetare har om frågans betydelse.

Sammanfattningsvis visar resultatet en arbetsplats med starka positiva aspekter inom säkerhet och engagemang, men också några nyckelområden för utveckling, särskilt vad gäller patientinvolvering och lärande från negativa händelser.

### **Åtgärd:**

Utifrån respektive verksamhetsresultat planeras aktiviteter för att bibehålla en god patientsäkerhet och vidareutveckla hållbart säkerhetsengagemang. Planering och uppföljning av arbetet sker lokalt på enheten. Den enskilt viktigaste åtgärden är att medarbetarna lokalt har möjlighet att reflektera tillsammans över resultatet där styrkor och resurser identifieras samt reflektion hur det öppna klimatet kan bibehållas. Kortfattat är det HR och kvalitet som på avdelningschefs uppdrag tar fram mätningen, där sedan den lokala chefen ansvarar för att skapa forum för dialog.

### **Uppföljning av åtgärd:**

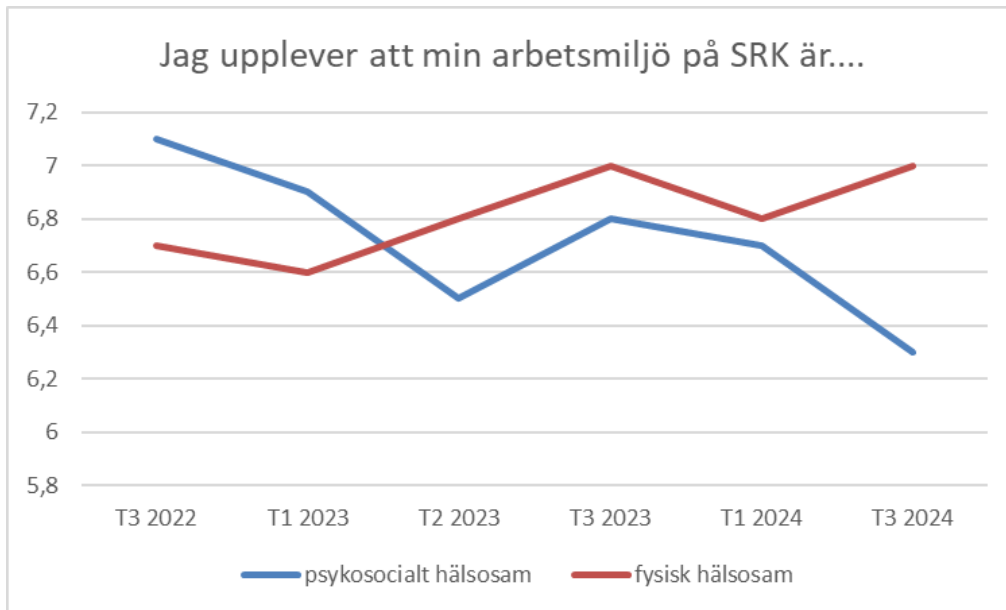
HSE-mätning genomförs varje år, nästa mätning genomförs maj 2025. Resultat och åtgärder följs upp kontinuerligt inom organisationen på olika organisationsnivåer. För chefsgruppen presenteras det aggregerade resultatet för hela avdelning Hälsa och Vård samt chefsgruppens egna resultat. Ett halvår efter mätningen följs arbetet upp där cheferna får möjlighet att berätta och dela hur man arbetat med resultaten – detta för att skapa inspiration och ett lärande sinsemellan.

## **Medarbetarundersökning 2024**

Röda Korset gör med jämna mellanrum medarbetarundersökningar för att få en bild av arbetsklimatet i organisationen. Medarbetarundersökningen ger ett utgångsläge för att konkret arbeta vidare med att utvecklas som organisation. Mätningen görs tre gånger per år. Frågorna berör bland annat engagemang, fysiska och psykosociala arbetsmiljön, ledarskap och möjligheter till utveckling. På Hälsa och vård rör en av mätningarna under året specifikt säkerhetskulturen, *Hållbart Säkerhetsengagemang – HSE*, som redovisats ovan.

### **Resultat 2024**

Svarsfrekvens T3 2024 70 %



## Analys

Vidare visar resultat för mätningar under 2024 att arbetsmiljön inom avdelning Hälsa och Vård generellt upplevs som hälsosam. Efter mätningen i T3 2024 finns en identifierad nedåtgående trend i upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön. Detta behöver följas upp, analyseras djupare och arbetas med under 2025.

## Incidentrapportering gällande arbetsmiljö

Svenska Röda Korset mäter och redovisar arbetsmiljöhändelser specifikt och avgränsat från patientavvikelser. Under 2024 har **10** sådana incidentrapporter inkommit som berör risker och händelser som drabbat medarbetare relaterat till arbetsmiljön. Det är en kraftig minskning från 2023 där **28** incidentrapporteringar inkom.

## 2024

Händelsekategori	Antal
Färdolycka (skada på väg till/från arbetsplatsen)	1
Hot/hotfullt uppträdande	2
Kränkande (rasistiska, sexistiska etc.) kommentarer eller påhopp	1
Kränkande särbehandling, diskriminering, trakasseri, konflikt eller liknande	2
Tillbud och brister/skador i den fysiska arbetsmiljön	2
Våld mot person	1
Övrigt	1
<b>Totalsumma</b>	<b>10</b>



## 2023

Händelsekategori	Antal
Färdolycka (skada på väg till/från arbetsplatsen)	2
Kränkande (rasistiska, sexistiska etc.) kommentarer eller påhopp	11
Kränkande särbehandling, diskriminering, trakasseri, konflikt eller liknande	7
Olycka/skada under arbetstid på annan ort än arbetsplatsen	1
Övrigt	7
<b>Totalsumma</b>	<b>28</b>

### Analys

Mer än en halvering av incidenter från 2023. Huvudsakliga skälet är en enskild händelse som ägde rum 2023 där det stora antalet incidentrapporter rör en och samma händelse men som är inrapporterad av olika personer. Incidenterna som handlar om ”hot och våld” och ”övrigt” rör patientarbete.

**Övriga kommentarer:** Kategorierna har setts över under året. En ny kategori för olycka/tillbud med risk för smitta har lagts till i incidentrapporten.

### Mångfald och inkludering – en del av säker vård

Röda Korset arbetar aktivt med inkludering, antidiskriminering och ökad representation utifrån sina grundprinciper om allas lika värde och rättigheter. Alla ska ha rättvisa möjligheter att engagera sig, och att lagar inom området följs. Människor påverkas olika beroende på bakgrund och förutsättningar som kön, ålder, funktionsnedsättning, etnisk bakgrund och religion. Genom att involvera de som berörs i beslut och insatser förbättras verksamheten. En mångfald av perspektiv och erfarenheter gör organisationen starkare i kriser och bättre rustad att möta humanitära behov

Diskrimineringsombudsmannens (DO) rapport "Rätten till sjukvård på lika villkor" belyser att patienter med utländsk bakgrund ofta upplever brister i bemötande och behandling inom vården. Dessa brister kan leda till att patienter inte får den vård de behöver och därmed blir lidande (2020). Denna bild kan bekräftas av de egna patientavvikelsena inom *Hälsa och Vård*, vilket beskrivs närmare i kapitlet av avvikelser

Under 2024 har Röda Korset genomfört en omfattande kompetensutvecklingsinsats. Den har bland annat inkluderat en e-kurs för samtliga medarbetare, chefsutbildning i inkluderande ledarskap, en workshopserie som genomförs inom respektive verksamhet samt öppna föreläsningar och lärlabb. Interna rutiner för trygg arbetsplats har setts över för att alla medarbetare ska veta hur man anmäler incidenter och upplev diskriminering och känna sig trygga med hanteringen vid en anmälan.

Vi har också börjat mäta medarbetarnas uppfattning om Röda Korset som en inkluderande arbetsplats. Resultatet för Hälsa och Vård var positivt +4 (Allt över noll anses vara ett **bra resultat**). En positiv eNPS-poäng betyder att det är fler ambassadörer än kritiker. Det finns dock utrymme för förbättring. Vi ser dock en risk för att det kommer att bli sämre innan det blir bättre. När frågor om mångfald och inkludering lyfts och ges utrymme för diskussion väcks ofta starka känslor. Mångfald och inkludering är en del av ett långsiktigt arbete som en del av Röda Korsets strategi för 2024–2030.

## Whistleblower

Visselblåsarlagen gäller sedan den 17 december 2021. Enligt lagen ska medarbetare kunna larma om missförhållanden både på en arbetsplats och till en myndighet. Den omfattar arbetsmiljö men innebär även ett steg i stärkt patientsäkerhetsarbete där medarbetare ska kunna rapportera om oegentligheter eller kränkningar finns i vården.

Denna funktion är införd inom hela Svenska Röda Korset där rutiner finns framtagna och tillgängliga. Visselblåsarfunktionen hanteras av en extern, fristående part på uppdrag av Svenska Röda Korset. Ärendet läggs i särskild anmälningsfunktion och granskas av den part som utreder ärendet. Rutinen hålls känd hos medarbetare genom årlig genomgång på arbetsplatsträffar.

### 2024

Inget ärende gällande patientsäkerhet har rapporterats i Whistleblower-systemet.

### Whistleblower - patientsäkerhet

År	Antal
2023	0
2024	0

## 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”*



### Säker vård – en kärnkompetens

Kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsarbete är nödvändigt för att medarbetare ska kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder. Begreppet säker vård beskrivs som en egen kärnkompetens inom hälso- och sjukvård. Övriga kärnkompetenser är *personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik*. Med kärnkompetens menas att ämnet är ett eget kunskapsområde i sig, men som är gemensamt för vårdens alla professioner. Som forskningsområde går utvecklingen kring patientsäkerhet i hög takt. Arbetsätt och attityder som kan ha gällt i en annan organisation och i en annan tid kan ha blivit inaktuella, stelnade eller föråldrats. Därför behövs en systemisk syn på arbetsätt kring säkerhet. Sammanhållande i arbetet är kvalitetsutvecklare som har ämnet som sitt strategiska utvecklingsområde.

För att tillgodose aktuell kunskap och kompetens om patientsäkerhet och kvalitetsarbete är ämnet ett återkommande tema på olika nivåer. I avdelningens ledningsteam lyfts frågor om kvalitetsutveckling och patientsäkerhet regelbundet. Från ledningsteamet återkopplas resultat och beslut ut till verksamheterna.

### Yrkeskompetens

Säker bemanning med rätt kompetenser är ytterligare en aspekt gällande kvalitet och patientsäkerhet. Röda Korsets vårdverksamheter är ledande i landet på traumabehandling för personer med flykting-/migrantbakgrund som lider av trauman från tortyr, krig och flykt. För att upprätthålla hög kvalitet i behandlingen bör kartläggning av behov och planering av kompetensnivåer ske kontinuerligt.

Utöver de grundkompetenser som professionerna besitter sker ytterligare påbyggnad. Kompetensen inom traumabehandling upprätthålls genom kontinuerlig fortbildning i de behandlingsmetoder som erbjuds. Minimumnivån är att samtliga behandlare på mottagningarna har kompetens att arbeta med de behandlingsmetoder som rekommenderas vid posttraumatisk stress.

Kompetensutveckling sker kontinuerligt för medarbetare i metoder validerade för behandling av PTSD såsom exempelvis *Narrative Exposure Therapy* (NET), *Prolonged Exposure* (PE) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR).

Kompetensutveckling för nyanställd personal som saknar tidigare erfarenhet av att arbeta med denna målgrupp sker löpande.

### **Följande kompetenshöjande utbildningar har ägt rum under året.**

- Psykologer har gått utbildning i *International trauma interview* (ITI), *Narrative exposure Therapy* (NET), och *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) del 1 och del 2.
- Fysioterapeuter har gått utbildning kring sexuell hälsa.
- Läkare som arbetar med tortyrskadeutredningar har gått internutbildning under en särskild fortbildningsdag.
- Samtlig personal erbjuds deltagande i Röda Korsets introduktionsdagar för nyanställda.
- Under året har det internationella arbetet fortsatt att utvecklas, och flera av våra behandlare har fått säkerhetsutbildning för att kunna hålla i utbildningar kring trauma i internationella kontext.

### **Internationella utbildningsinsatser**

Sedan 2014 finns ett partnerskapsavtal mellan Svenska Röda Korset och den Internationella Rödakorskommittén (ICRC). Syftet med partnerskapet är att bidra till psykisk hälsa och tillgodose behov av psykosocialt stöd som uppstår i väpnade konflikter och andra våldssituationer. En bärande del av partnerskapet är att öka tillgång till insatser på sådana platser där behovet av traumarelaterade interventioner är särskilt stort, som Syrien, Armenien och Ukraina.

Avdelning Hälsa och Vård, bidrar till ICRC:s kompetenshöjande utbildningsinsatser för lokala aktörer genom att höja kompetensen hos befintlig vårdpersonal om traumarelaterade interventioner, som *Narrative Exposure Therapy* (NET) och *trauma-informerad kognitiv beteendeterapi* (KBT). I detta arbete bidrar SRK:s behandlingscenter med sin expertis och erfarenhet.

Under 2024 har utbildningar genomförts i *Armenien* och *Syrien*. De som fått utbildning är psykologer, fysioterapeuter och annan vårdpersonal från nationella Rödakors- och Rödahalvmåneföreningar samt lokala organisationer. Utbildningarna har kompletterats med kontinuerlig handledning, både på plats och på distans från Sverige, för att säkerställa att kunskapen implementeras med god kvalitet.

Genom att bidra till internationella insatser stärks inte bara de lokala aktörernas förmåga utan stärker också den egna kompetensen. De medarbetare från Svenska Röda Korsets behandlingscenter som utbildat yrkesverksamma hämtar hem värdefulla erfarenheter och

får nya perspektiv som bidrar till att utveckla behandlingsarbetet på center i Sverige. Detta ger bättre kunskap om patienterna som bär på liknande erfarenheter från dessa länder, vilket ytterligare förbättrar kvaliteten på den vård som ges. Det ömsesidiga lärandet är en viktig del av partnerskapet som säkerställer kvalitet i både lokala och internationella *MHPSS*-insatser.

I *Palestina*, där konflikten skapat en särskilt stor efterfrågan av psykologisk traumabehandling, har behovet av kompetenshöjande utbildningsinsatser inventerats under 2024 med stöd av psykolog från ett av behandlingscentren. För att nå fram på bästa sätt behöver anpassningar av programmen ske genom att integrera utbildningsmaterial och metoder till de lokala sammanhangen. Nästa steg i planeringen för 2025 är att utbilda personal och volontärer i *Narrative Exposure Therapy* (NET) för att på sikt också kunna erbjuda stöd till barn som varit med om svåra trauman.

### **Övriga kompetenshöjande aktiviteter**

För att främja kunskapsutveckling finns flertal olika sätt för medarbetare att tillgodose sig fortbildning. Webbkurser och webbutbildningar finns för samtliga medarbetare i en digital utbildningsportal. Kurser som finns att tillgå är hjärt- och lungräddning, akut psykologisk första hjälpen, rödakorskunskap, Röda Korsets grundprinciper, hållbarhet, folkrätt och om migration. Vissa kurser är obligatoriska vid nyanställning och ingår som en del av introduktionsprogrammet. Detta följs upp vid introduktionsprogrammets avslut.

Svenska Röda Korset arrangerar kontinuerliga kunskapshöjande utbildningar av relevans för hela organisationen. Frukostseminarium, bokcirklar, Peer-review arbete, webinarium med forskningsföreläsningar och kunskapsspridning av utvecklingsprojekt har arrangerats löpande under året. Ett urval under året:

- *Rapport om äldre papperslösa med behov av daglig omsorg och stöd.*
- *Rapportlansering - Papperslösas upplevelse av tillgång till vård - en behovskartläggning*

### **Kompetenscenters Webbinarieserie**

Som tidigare beskrivits har kompetenscenter KC en roll i att stärka kunskapsnivån för Hälsa och Vårds medarbetare. Kompetenscentret bidrar till att stärka omhändertagandet, inte bara utifrån ett forskningsperspektiv, utan med ett verksamhetsutvecklande fokus. Kombinationen av klinisk erfarenhet och akademisk kunskap innebär att de kliniker själva som bedriver forskning också återför sina kunskaper tillbaka in i behandlingsverksamheterna. Följande webinarium har skett under 2024:

- *Följ postmigrationsfaktorers påverkan under behandlingen. Erfarenheter av "Livssituationens hanterbarhet" och RPMS-skalan*
- *Intensivbehandling: -Projektgruppen berättar om RKC Uppsalas pilotstudie med tio patienter.*
- *Barriärer till vård: -Vårdförmedlingen presenterar sin enkätstudie om de hinder för vård som papperslösa patienter möter.*

- *Tortyrskadeutredningar: -Så påverkar IP asylprocessen & info om EU-kontorets påverkansarbete om IP.*
- *Hälsa och vårds internationella arbete inom MHPSS. En inblick i samarbetet med ICRC i Armenien, Syrien, Ukraina och Azerbajdzjan.*
- *Registerstudie - Verksamhetsutveckling hos RKC Göteborg 2015–2022: - Bakgrund, kliniska implikationer och framtid.*
- *Dubbel våldsutsatthet: - Insatser för kvinnliga patienter som upplever familjevåld.*

## Patienten som medskapare

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



### Patient- och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Samverkan med patient och närstående är grundläggande för att en god och säker vård. Ett uttryck för delaktighet är att arbetet sker i enlighet med Röda Korsets grundprinciper. Verksamheterna arbetar med delaktighet på olika nivåer. Som HSE-enkäten indikerar finns alltid utrymme att bättre ta tillvara och inkludera patienternas engagemang i säkerhetsarbetet.

Under 2024 är arbetet med en ny vårdplansmodul som införts och nya rutiner där patientens delaktighet förtydligas och stärks i ännu högre grad. Delaktighet och medverkan journalförs nu på ett tydligare sätt där vårdplanerna följs upp på aggregerad nivå. Den nya modulen visualiserar ansvar och roller på ett tydligare sätt och gör uppföljningen mer överskådlig.

I egenkontroll följs delaktigheten som ett specifikt mått och ingår som en del i verksamhetsuppföljningen, vilket redovisas i kapitlet *egenkontroll*.

## ***Patientenkät 2024***

Avdelningen har tidigare utförts patientenkät vartannat år för att få en bild av patienters upplevelse av kvaliteten på vården. Resultatet från patientenkäten är tänkt att påvisa områden där det finns förbättringspotential samt ge återkoppling på det som fungerar bra.

Den modell som följts sedan 2019 utvärderades 2023 i en kvalitetsutvärdering. Medarbetare såväl som chefer har uttryckt att den kundnöjdhetsmätningen så som den tidigare var utformad gav en för låg svarsfrekvens för att kunna ge fördjupat svar. Metoddiskussion i arbetet med särskilt sårbara grupper får särskild betydelse om det finns maktobalanser mellan patient och vård som gör vårdrelationen asymmetrisk. Detta gäller i högsta grad för den med osäker juridisk status, som har behov av tolk eller en har svag förankring i samhället. Ett pappersformulär eller digital kundnöjdhetsmätning kan bli svår att fylla i. Andra metodologiska faktorer som påverkar är digitalt utanförskap. Att man svarar mer av vilja att svara ”rätt” och vilja att vara så tillmötesgående som möjligt. Medskapande betyder att vara så trygg att man vågar framföra sådant som kan uppfattas som kritik. Att en patient vågar framföra också negativ feedback är en tydlig indikator på att det finns trygghet.

Beslut fattades 2023 att se över modellen och byta modell och i stället hitta en mer riktad metod för att stärka delaktigheten som på ett anpassat sätt ger större förståelse för målgruppens förutsättningar. Sätt som använts för att stärka delaktigheten är att använda sig av forskningsarbetet med Högskolan som fyller en viktig roll i att djupa förstå behov och kunna utforma vård och behandling på ett ändamålsenligt sätt.

***En avvikelse för 2024*** är att arbetet med att ta fram en ny och bättre anpassad enkät av tidsbrist och resursbrist fått prioriterats bort. Införande av nytt avvikelssystem, öppnandet av ny enhet i Göteborg samt införande av nytt digitalt ärendehanteringssystem har behövts prioriterats.

## **Kvalitativa projekt**

Ett flertal andra projekt för att stärka delaktigheten har genomförts under 2024:

### **Peer-support**

På *RKC Göteborg* och *RKC Skövde* togs ett stort strategiskt kliv för att öka delaktigheten genom införandet av en helt ny yrkeskategori: *Peer-support* som i korthet syftar till att stärka inflytandet för målgruppen. En Peer supporter är en medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och återhämtning. Peer supportern erbjuder stöd och vägledning utifrån sina egna upplevelser och fungerar som ett bollplank i patientens återhämtningsresa.

Med förstärkning av Peer supporters kan behandlingscentren öka delaktighet och brukarinflytande hos patienterna på ett mer fördjupat sätt. Det ger en möjlighet för verksamheten att fortsätta lära sig om patienters upplevelser och vidareutveckla våra behandlingscenter baserat på patientens upplevelser och behov. Delaktigheten blir

därmed mer integrerad i arbetet och byggs in som en del av verksamheten. Peer supportrar anställdes till Göteborg och Skövde under hösten och fick sin introduktion. 2024.

### **Behovskartläggning av tillgänglighet för papperslösa**

Under 2024 genomfördes en behovskartläggning för att lyfta papperslösas egna röster om deras upplevelser och behov kopplade till tillgång och tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Syftet är att anpassa Svenska Röda Korsets aktiviteter för att ge ett mer kvalificerat och ändamålsenligt stöd. Kartläggningen ger värdefulla insikter som kan vägleda vårdförmedlingen, civilsamhället i stort och Sveriges regioner i arbetet med att bättre möta målgruppens vårdbehov.

Kartläggningen riktar sig särskilt till individer, organisationer och institutioner som arbetar för att stärka målgruppens rätt till hälso- och sjukvård. Resultaten visar att migrationsstatus påverkar papperslösas hälsa och vårdtillgång på flera sätt. Grundläggande behov som bostad, arbete och utbildning hänger nära samman med deras upplevda hälsobehov. Många deltagare lyfter särskilt fram behovet av psykosocialt stöd och förbättrad mental hälsa.

Under året har kartläggningens resultat spridits till både regioner och civilsamhället. En central del av arbetet har varit att återkoppla till de människor som delat sina erfarenheter och tankar. Parallellt har Vårdförmedlingens insatser kartlagts och en handlingsplan har tagits fram för att bättre anpassa stödet utifrån de identifierade behoven och förslagen.

## **AGERA FÖR SÄKER VÅRD**

### **Egenkontroll**

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

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

### **Inledning**

Skyldigheten att utföra egenkontroll regleras främst av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Egenkontroll är verksamhetens interna verktyg för att identifiera och säkra områden där det finns särskild risk för skador eller brister.



Under 2023 identifierades vissa brister i uppföljningen av egenkontroller inom Hälsa och Vård. En prioriterad åtgärd som beskrevs i patientsäkerhetsberättelsen 2023 var att skapa en tydligare organisering av egenkontrollsarbetet så att dessa genomförs på ett konsekvent sätt genom hela avdelningen. Den övergripande strukturen för egenkontrollsarbetet har integrerats på ett tydligare sätt i verksamhetsplaneringen och kvalitetssäkras nu genom årshjul, vilket innebär tydligare efterlevnad av kraven i SOSFS 2011:9, om ett systematiskt kvalitetsarbete. Kvalitetsutvecklare samordnar arbetet i samarbete med verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare.

För att underlätta redovisningen har förenklade mallar och tillhörande styrdokument tagits fram. Kvalitetsutvecklare föreslår fokusområden för egenkontroll, vilka beslutas av ledningsteamet inför kommande år.

En ny modell och nya mer lokala arbetssätt för egenkontroll testades under våren 2024 vid två center, RKC Skövde och Skellefteå. Då modellen föll väl ut breddinfördes arbetssättet under hösten samma år i samtliga center, med undantag för Vårdförmedlingen, som planeras att inkluderas under 2025 med helt egna kontroller.

## Egenkontroller för Hälsa och vård\*

Egenkontroll som verktyg ger förutsättningar för att upptäcka och förebygga brister samt kontrollera lagefterlevnad. De egenkontroller inom patientsäkerhetsområdet som utförts inom Hälsa och Vård under 2024 är:

Kontroll	Område	Frekvens	Ansvarig
Journalgranskning	Barn som anhörig	Årlig	Verksamhetschef
	Våld i nära relation	Årlig	Verksamhetschef
	Suicidriskbedömningar	Årlig	Verksamhetschef
	Journalföring	Årlig	Verksamhetschef
	Vårdplan	Årlig	Verksamhetschef
Integritet	Behörighetskontroll	Årlig	Kvalitetsutvecklare
	Loggkontroll	Tertial	Kvalitetsutvecklare

**En avvikelse för 2024 rör RKC Göteborg \*** som ej ingått i det övergripande samlade arbetet.

Egenkontroll för Vårdförmedlingen tas fram 2025

## Egenkontroll – Barn som anhörig

Barn som anhöriga har ett särskilt skydd i svensk lagstiftning, vilket tydligt framgår i *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kap 5 § 6–8*, *Patientsäkerhetslag (2010:659) kap 6 § 5–6*, *Socialtjänstlag (2001:453) kap 5 § 1, 10* samt *Barnkonventionen (2018:1197) Artikel 3,12 och 24*

Vårdgivare har en skyldighet att identifiera barns behov av information, stöd och trygghet när en närstående är sjuk, har en funktionsnedsättning, ett missbruk eller har avlidit. När en förälder brottas med svårigheter som till exempel psykisk påverkas också barnet. Men inget barn ska behöva kämpa ensamt med funderingar, oro och frågor. Egenkontrollen syftar till att säkerställa att barns behov som anhörig inte missas samt att stödet till barn som anhörig säkerställs

### BARN SOM ANHÖRIG

2024					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Har patienten fått frågan om barn?	53	2	0	5	96%
Har stöd erbjudits till barn	13	5	1	41	68%

### Sammanfattning och rekommendationer:

En mycket hög andel (96%) av patienterna har fått frågan om barn, vilket är en god indikation på att centren är medvetna om och uppmärksammar barn som anhöriga.

En majoritet (68%) av barnen har fått stöd, vilket är ett bra resultat, även om det finns utrymme för förbättring. 32 % innebär fortfarande att en betydande andel inte har fått detta stöd. Det kan bero på flera faktorer:

- Ej aktuellt: I många fall kan det bero på att det inte fanns några barn i situationen, vilket framgår av att 41 svar angav att det inte var aktuellt. Ett bortfall som påverkar hela området är RKC Uppsala som möter barn som är patienter.
- Brister i stöd: Att 5 personer svarade "Nej" kan indikera att det finns brister i att erbjuda aktivt stöd till barnen i vissa fall, även om de identifierats som anhöriga. Det kan finnas organisatoriska eller praktiska hinder för att ge detta stöd eller en otillräcklig medvetenhet om de specifika behoven hos barnen.

## Egenkontroll – Våld i nära relation

Hälso- och sjukvårdens ansvar att uppmärksamma Våld i nära relationer regleras i *HSLF-FS 2022:39, kap 7*. Frågan bedöms som viktig för Hälsa och Vård och är ett riskområde som behöver visas särskild omsorg. Sedan 2023 finns rutiner för Hälsa och Vård. Som en del i kvalitetssäkringen ingår *Våld i nära relation* som egenkontroll.

### Våld i nära relation

2024					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Är frågan ställd om VINR?	17	28	4	11	35%

### Sammanfattning och rekommendationer:

Att endast 35% av fallen har fått frågan om VINR tyder på att det finns utrymme att se över när och på vilket sätt denna fråga ställs. Det kan vara ett tecken på att medarbetare inte konsekvent ställer frågan eller att det saknas tydliga rutiner för att identifiera och ta upp potentiellt våld i nära relation. Skälet kan bero på att rutinen för våld i nära relation är ny och inte hunnit förankras fullt ut hos medarbetare.

Sammanfattningsvis visar resultatet att det finns förbättringspotential när det gäller att systematiskt fråga om VINR, och att det är avgörande att säkerställa att detta görs konsekvent för att skydda och stödja patienter i utsatta situationer. Frågan behöver hållas levande med gemensam reflektion kring egenkontrollresultaten.

## Egenkontroll – Suicidriskbedömningar

### Riskområde – Suicid

Suicid är en allvarlig vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat förhindra det genom adekvata åtgärder men så inte har skett. Även ett suicidförsök är att betrakta som en allvarlig vårdskada om det hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder i vården. En bidragande orsak till suicid i vården kan vara att suicidrisken inte bedömts, bedömts fel eller vägts in i behandlingsplaneringen. Vårdgivare som möter personer i risk behöver ha ett systematiskt och förbyggande arbetssätt så att rätt åtgärder kan sättas in i ett tidigt skede. För behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade görs strukturerade suicidriskbedömningar på ett systematiskt sätt. Egenkontroll gällande

suicidriskbedömningar syftar till att säkerställa att kraven uppfylls och att vården kan erbjuda ett tryggt, säkert och effektivt stöd till patienter i riskzonen.

### Suicidriskbedömningar

2024					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Finns en bedömning under sökordet suicidrisk?	55	5	0	0	92%
Finns utökad mall för de medel/hög risk?	5	3	0	52	63%

### Sammanfattning och rekommendationer:

Under 2022 genomfördes en journalgranskning gällande följsamheten av avdelningens rutin för journaldokumentation av suicidriskbedömningar, som visade på att suicidriskbedömningar visserligen gjordes, men att det fanns brister i att använda rätt mall för dokumentation. Egenkontroll gjordes ej fullt under 2023 och strukturer för egenkontroll har därför setts över.

Resultatet av egenkontrollen visar att den huvudsakliga grunden för suicidriskbedömningar är stabil (92%), men det finns utrymme för förbättring i dokumentationsrutiner för patienter med de högre risknivåer (63%). Med de nyligen införda strukturerna för egenkontroll finns bättre förutsättningar att förbättra följsamheten och säkerställa att patienter i riskzonen får ett tryggt och effektivt stöd

Detta värde ska ses som ett utgångsvärde. De patienterna med behov av utökad mall är 8 st. Små siffror gör att det kan slå olika. Oavsett är det viktigt att det bibehålls högt engagemang i frågan och att resultaten diskuteras i arbetsgrupperna. Nästa egenkontroll sker i april 2025 där denna punkt behöver följas noga och åtgärdsplan behöver upprättas om det skulle visa sig att värdet är fortsatt lågt.

## Egenkontroll - Journalföring

### Patientjournalens struktur och innehåll

Liksom alla vårdgivare har Hälsa och Vård en skyldighet att följa upp att den journalföringen som äger rum i verksamheten är i enlighet med gällande lagar och författningar. *Patientdatalag, kap 3 (PDL)* samt *HSLF-FS 2016:40 kap 5* beskriver de krav som gäller patientjournalens innehåll. Vårdgivaren ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande

författningar. Den granskning som ska genomföras är en form av egenkontroll av den bedrivna verksamheten

Då huvudsyftet är att främja gemensam reflektion och lärande görs egenkontrollen bäst lokalt av de som själva journalför. Mätvärdet är nytt och är ett utgångsvärde.

### Journalföring

2024	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Identitet	33	23	0	4	59%
Har bedömningssamtal hållits?	58	1	0	1	98%
Vidtagna åtgärder beskrivna	58	2	0	0	97%
Är journalerna korrekt skrivna utifrån rutiner/riktlinjer?	55	5	0	0	92%
Finns det en röd tråd i journalerna?	56	3	1	0	93%

### Sammanfattning och rekommendationer:

Resultaten visar en hög följsamhet i dokumentationen av både bedömningssamtal och vidtagna åtgärder, där **98 %** av journalerna visar att bedömningssamtal har hållits och **97 %** innehåller tydliga beskrivningar av åtgärder. Detta tyder på att det finns välfungerande rutiner för att dokumentera vårdförloppet, vilket är centralt för patientsäkerheten. **92 %** av journalerna bedöms som korrekt skrivna enligt gällande rutiner och riktlinjer, och **93 %** uppvisar en tydlig röd tråd, vilket visar att dokumentationen generellt sätt är både enhetlig, överskådlig och sammanhängande. Detta bidrar till att säkerställa kontinuitet och kvalitet i vården.

Resultaten visar att Hälsa och Vård har välfungerande rutiner för att dokumentera åtgärder och bedömningssamtal samt upprätthålla en röd tråd i journalerna. Däremot kan rutinerna för att säkerställa korrekt patientidentifikation stärkas, eftersom detta är en kritisk komponent för patientsäkerhet. Det låga resultatet ska betraktas som en återspeglning av att patientgrupperna i mycket hög har ett reservnummer av något slag eller är papperslösa. Eftersom mätvärdet är nytt, fungerar detta som ett viktigt utgångsläge för framtida förbättringsarbete och uppföljning.

### Egenkontroll – Delaktighet

Vård och behandling ska utformas i samråd med patienten. Delaktighet i vården regleras främst av *Patientlagen (2014:821) kap 1 §1, 3 §1 och 3, kap 5§*\_vars syfte är att stärka patientens ställning och främja självbestämmandet. Vården ska utformas i samråd med

patienten, som har rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingar för att kunna delta i beslut.

I egenkontroll följs *Vårdplan* som EN indikator på delaktighet. Vårdplanen ska ses som ett samarbetsdokument mellan patient och arbetslaget kring patienten. Det ska framgå av Vårdplanen att patienten bjudits in och utformats i samråd med personal.

## Vårdplan

2024	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Finns en vårdplan?	41	18	0	1	69%
Är VP individuellt utformad vad/när/hur?	39	7	0	14	85%
Är VP gjord i samråd med patienten?	37	7	2	14	80%
Framgår det vilka som är ansvariga i vårdplan?	37	8	1	14	80%

## Sammanfattning och rekommendationer:

Tabellen visar resultat för olika aspekter av vårdplanens utformning. De mest relevanta punkterna är:

- 69 % av patienterna hade en vårdplan – en förhållande vis låg andel, vilket indikerar att vårdplaner inte alltid upprättas.
- 85 % av vårdplanerna var individuellt utformade – en hög andel, vilket visar att de som har en vårdplan oftast får den anpassad efter sina behov.
- 80 % av vårdplanerna var gjorda i samråd med patienten – ett förhållandevis bra resultat, men det visar att det fortfarande finns ett gap där det inte framgår på vilket sätt där 20 % av patienterna varit delaktiga.
- 80 % av vårdplanerna angav ansvariga personer – ett positivt resultat som visar att ansvarsfördelning oftast tydliggörs, men med utrymme att förbättra tydligheten.

Resultaten tyder på att när en vårdplan finns, är den i regel väl utformad och involverar patienten i hög grad. Den förhållandevis låga andelen patienter som faktiskt har en vårdplan (69 %), kan påverka delaktigheten i vården negativt. För att stärka patientens ställning bör fokus ligga på att öka förekomsten av vårdplaner och på att säkerställa att alla patienter aktivt involveras i sin vård.

Det bör tilläggas att en ny vårdplansmodul har införts där pågående vårdplaner ligger kvar i det äldre sättet att journalföra vårdplansarbetet samt att den nya modulen därför inte helt införts. Medarbetare har uppgett tekniska problem med den nya modulen vilket också påverkar. Åtgärden är att fortsätta utveckla modulen tillsammans med representanter från verksamheterna samt att fasa ut det förra sättet.

# Öka kunskap om inträffade vårdskador

## Fokusområde 1

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



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

## Beskrivning av det systematiska arbetet kring förebyggandet av vårdskador

Rutiner för avvikelshantering, händelseanalys och Lex Maria finns som delar av kvalitetsledningssystemet och är tillgängliga för samtliga medarbetare. Rutinerna hålls uppdaterade av avdelningens kvalitetsutvecklare. På lokal nivå är det verksamhetschefens ansvar att presentera rutinerna för sina medarbetare samt utreda avvikelser, vidta eventuella åtgärder och möjliggöra uppföljning inom verksamheten. Avvikelser av mer omfattande karaktär lyfts i avdelningens ledningsteam för att bidra till kunskapsåterföring och erfarenhetsutbyte.

Till stöd för verksamhetschefer och enheter finns avdelningens kvalitetsutvecklare gällande åtgärder och uppföljning av avvikelser. Kvalitetsutvecklare samordnar kvalitetsarbetet, hjälper med statistikuttag till enheterna och ledning, följer upp och återkopplar resultat samt finns som kunskapsstöd. Samtliga verksamheter har skyddsombud eller arbetsmiljöombud som också fungerar som stöd för medarbetare vid behov.

Alla verksamheter ska ha de organisatoriska förutsättningar som behövs för att ge utrymme till att samtala och reflektera över risker, avvikelser och eller negativa händelser som lett till vårdskada. HSE-enkäten 2024 pekar dock på att det finns förbättringspotential i att ta vara på lärdomarna efter negativa händelser. Enligt en av frågorna, "På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser", är genomsnittet 3,6, vilket indikerar att det finns utrymme för ökad systematik i uppföljning och förbättring efter sådana händelser.

## Händelseanalyser och Lex Maria

Verksamhetschefen är ansvarig för att utreda händelser där det funnits risk för att patienten kunnat skadas eller där patienter kommit till skada. Avdelningschef kan enskilt eller tillsammans med verksamhetschefen besluta om att göra en fördjupad analys av

händelsen och eventuell anmälan enligt Lex Maria. Kvalitetsutvecklare finns som stöd till den som utsetts till utredningsledare.

För att garantera en transparent och säker utredningsprocess får den utsedda utredningsledaren stöd av kvalitetsutvecklare i arbete. Resultaten från händelseanalyser och de åtgärder som föreslås för att minska risken för framtida incidenter återkopplas öppet till verksamheten. Detta syftar till att skapa en kultur av lärande och ansvarstagande, där alla medarbetare ges insyn i hur förbättringsarbetet fortskrider.

Under 2024 har utredningsprocesserna setts över i samband med införande av nytt avvikelssystem med ytterligare stärkning av säkerhet och transparens. Medarbetare har möjlighet att själva påtala behovet av en utredning redan vid rapporteringen av en händelse. Vid särskilt allvarliga händelser, såsom suicid eller i sådana avvikelser som genererat höga riskpoäng i systemets riskmatris, skickas larmande aviseringar till avdelningschef och kvalitetsutvecklare för att säkerställa att rätt åtgärder vidtas utan dröjsmål. Systemet ger stöd i att inkludera de nyckelpersoner inom organisationen som kan behöva ingå i utredningen.

För att ytterligare förbättra rättssäkerheten finns en särskild utredningsmodul i systemet som säkerställer att handlägningsflödet vid utredningen följer en fastställd process. Denna modul är uppbyggd enligt samma struktur som används för blankett för anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), vilket garanterar en skyndsam, enhetlig och spårbar hantering av ärenden samt att de obligatoriska delarna blir inkluderade. Här ingår att säkerställa att patienten själv och eventuella anhöriga inkluderas i utredningen.

Under 2024 har det inte rapporterats in någon händelse som lett till en allvarlig vårdskada.

### Lex Maria

År	Antal
2023	0
2024	0

### Lex Sarah

Verksamheten lyder inte under SoL eller LSS men möter en målgrupp som många gånger har stödbehov från olika aktörer, främst Socialtjänst.

Det är inte ovanligt att avvikelser och missförhållanden kring patienten gäller en annan aktör som tex Socialtjänst och som rör andra lagrum. I ärenden som rör barn eller våld i nära relation kan situationer uppstå där behovet att påtala brister är särskilt angelägen. Missförhållanden hos annan aktör gällande omsorgssvikt enligt Lex Sarah kan inte initieras själv av enheten själv utan kan endast påtalas till den aktör där avvikelser eller misshållandet ägt rum. I de fall där ärenden behöver lämnas över har rutinerna har



stärkts. Rutiner och arbetssätt för att anmäla till IVO har stärkts. Också här finns särskilt processtöd i avvikelssystem för säker handläggning vid överlämnande av ärendet samt en modul som säkerställer handläggningen.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Fokusområde 2

*”Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.”*



En process är en serie av steg eller aktiviteter som utförs i en viss ordning för att uppnå ett specifikt mål eller resultat. I ett vårdsammanhang kan en process beskriva hur en patient tas emot, bedöms, behandlas och följs upp. Processen säkerställer att arbetet sker på ett genomtänkt sätt, för ge jämn kvalitet i leveransen samt för att minska risker för misstag. Där samsyn råder kring hur olika processer och arbetsuppgifter ska utföras minskar utrymmet för oönskad variation i hur arbetet.

Verksamheterna arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra processer och rutiner. En stor del av detta arbete utgår från de lokala förutsättningarna men det finns även avdelningsgemensamma huvudprocesser. På lokal nivå förekommer ofta någon form av samverkan när en person remitteras till behandlingscentret eller vid remittering till vårdgranne. Remissdragning sker via tvärprofessionella möten.

2023 skedde en översyn av process som gäller för handläggning av *Våld i nära relation* samt en processbeskrivning för *familjebehandling* inom *RKC Uppsala*.

### 2024

Ett tydligt exempel från 2024 är Vårdförmedlingen som under året reviderat och förtydligat sina huvudprocesser för omhändertagandet av patienter. Detta har ingått som en del i att expandera verksamheten och öppna ny enhet i Göteborg. Huvudprocessen beskriver det övergripande patientflödet och den är kompletterat med underprocesser. Ett specifikt hänvisningsflöde tydliggör hur ett ärende från rådsökande till

rådgivningsfunktionen ska handläggas av medarbetare. Särskild omsorg har lagts vid att utforma handlägningsprocesser i det nya digitala stödet, som kommer införas under 2025.

Initiativ	Beskrivning
Processbeskrivning	Vårdförmedlingen – huvudprocess inom Vårdförmedlingen har reviderats.
Processbeskrivning	Vårdförmedlingen – Processbeskrivning för rådgivning och hänvisning har reviderats.
Processbeskrivning	Vårdförmedlingen – Nationell rådgivning. Processbeskrivning för arbetssätt med digitalt ärendehanteringssystem för säkrare handläggning av sms, telefon och chatt för stödsökande som vänder sig till Vårdförmedlingen. Digital lansering våren 2025.

Eftersom verksamheterna ständigt utvecklas – med förändrade behov, nya arbetssätt och tekniska lösningar – behöver processer regelbundet ses över för att hållas aktuella och relevanta. Under 2025 planeras en utbildningsinsats för kvalitetsutvecklare med fokus på processkartläggning samt en översyn av Hälsa och Vårds huvudprocesser under året.

## Säker vård här och nu

*” Hälsa- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.”*



### Riskhantering

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

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

Kapitlet handlar om hur chefer och medarbetare arbetar med att minimera risker i det dagliga vårdarbetet. Kapitlet beskriver de konkreta rutiner, verktyg och arbetsmetoder som används för att omedelbart förebygga och hantera risker när de uppstår i det kliniska arbetet.

### **Riskområde - Psykiskt mående**

Den största identifierade risken vid behandling av krigsskadade och torterade är att patienten avbryter sin behandling och fortsätter må dåligt. Den enskilt viktigaste riskbedömningen gäller suicid, där processen påbörjas redan innan patienten tas emot genom remisshanteringen. Strukturerade suicidriskbedömningar utförs med hjälp av standardiserade skattningsinstrument av psykolog eller psykoterapeut i början av varje behandling. Alla åtgärder och handlingsplaner journalförs, och suicidrisker diskuteras regelbundet på behandlingskonferenser.

### **Åtgärd**

Organisationen kommer fortsätta med stickprov och uppföljning av suicidriskbedömningar genom egenkontroll. Som visats i kapitlet om egenkontroll uppmärksammas suicid i hög utsträckning 92 % men att de med behov av utökad bedömning behöver fortsätta följas (63 %).

### **Riskområde - Osäker juridiskt status**

Ett särskilt problemområde gäller den särskilt utsatta grupp som är papperslös, personer som befinner sig i s.k. limbosituationer i migrationsprocessen eller som hotas av utvisningsbeslut. Att avbryta sin behandling för att omplaceras, förvarstas eller utvisas blir i det här fallet inte bara en humanitär fråga utan även en patientsäkerhetsrisk.

### **Åtgärd**

Ett pågående utvecklingsområde för att minimera dessa risker är att fortsätta att utveckla och anpassa behandlingsmetoderna. Den viktigaste åtgärden under 2023 har varit att ta fram en intensivbehandling. Detta sker i samverkan med Röda Korsets Högskola. Det första testperioden har löpt väl och kommer breddas under 2024–25 till fler verksamheter.

### **Riskområde - samverkan kring sammansatta vårdbehov**

Ett av de främsta riskområdena inom Hälsa och Vård gäller annan vårdgivare, där samordningen kring patienten inte fungerar fullt ut. Röda Korsets vårdverksamheter uppmärksammar årligen ett antal avvikelser och risker för vårdskada till följd av

bristande följsamhet till rutiner och regelverk hos andra vårdgivare. Vid sådana situationer skickas avvikelser till berörda externa aktörer för hantering.

## Åtgärd

- Hålla regelbundna strukturerade avstämningsmöten med IOP-regionen eller mellan behandlingscentren och externa vårdgivare.
- Upprätthålla och vidareutveckla systematisk uppföljning av avvikelser, inklusive analys av återkommande brister och återkoppling till berörda vårdgivare.
- Erbjudna och vidareutveckla utbildningar och workshops om rätten till vård hos papperslösa eller patienter med trauma och komplex problematik för andra vårdgivare.
- Fortsätta framtagandet och spridningen av riktlinjer och stödmaterial om hur samverkan bör ske vid komplicerade vårdärenden.
- Säkerställa att patienter med särskild risk får en tydlig kontaktperson, exempelvis kurator, som kan bistå i att navigera mellan vårdgivare och att överlämningar blir säkrade i den mån det är möjligt.

Detta understryker att det redan finns fungerande strukturer, men då detta är det särskilt största riskområdet är det viktigt att kontinuerligt **vidareutveckla, förfinna och hålla fast vid dessa insatser** för att säkerställa en fortsatt hög kvalitet i samverkan.

## Stärka analys, lärande och utveckling

*” Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. 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.”*



## Avvikelser

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

Ett prioriterat område under 2023 var en genomlysning av det befintliga kvalitetsledningssystemet, där arbetet med avvikelser och avvikelssystemet lyftes fram som särskilt viktigt av medarbetarna. Genomlysningen visade på en viss underrapportering, främst till följd av vakanser i kvalitetsutvecklingstjänsten, bristande samverkan med IT samt att det befintliga digitala systemet upplevdes som svårt att använda. Efter genomlysningen vidtogs flera åtgärder, vilka har genomförts under 2024.

Det övergripande förbättringsområdet för 2024 har varit införandet av ett mer ändamålsenligt digitalt verktyg för rapportering och uppföljning av avvikelser. Under året genomfördes en upphandling av nytt system som lanserades i november. Systemet ska möjliggöra enklare framtagning av statistik, skapa högre grad av delaktighet och ge medarbetare en tydligare återkoppling. Presentationer i PDF-format har utformats på ett pedagogiskt och lättillgängligt sätt för att stimulera till reflektion.

Tydliga rutiner för uppföljning och återrapportering av avvikelser finns nu på plats, med klargjorda roller vid vakanser, sjukdom och ledighet. Återkoppling sker direkt till berörda medarbetare, ärenden tas upp på arbetsplatsträffar och statistik redovisas både lokalt och på ledningsnivå tertialt samt årsvis för att möjliggöra trendanalys och utveckling. Målsättningen är att data ska vara lättillgänglig för att underlätta diskussioner och lärande.

För att ytterligare uppmuntra och stärka arbetet genomfördes en utbildningsinsats med workshops i patientsäkerhet. Insatsen inleddes i Uppsala 2023 och har fortsatt genom 2024, där samtliga enheter, inklusive viktiga stödfunktioner har fått en genomgång.

## Trender 2024

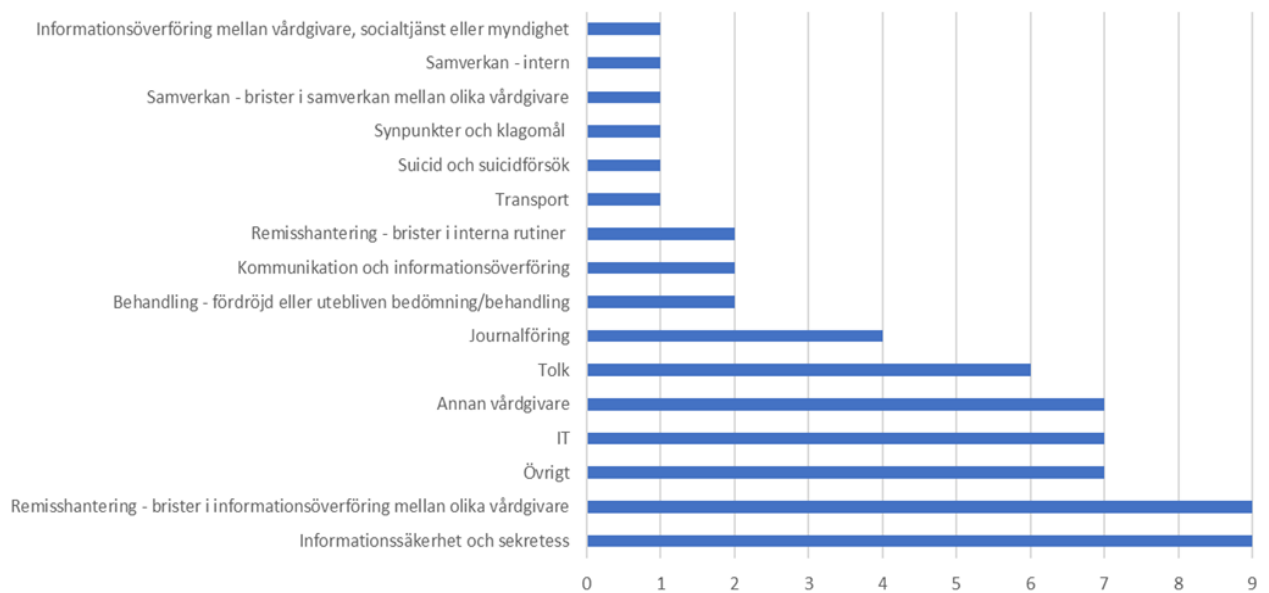
En positiv trend under 2024 är det ökade antalet rapporterade avvikelser. Totalt har 61 avvikelser som rör risker, tillbud och negativa händelser registrerats i systemet, jämfört med 42 under 2023. Ökningen ses som positiv, eftersom underrapportering beskrevs som ett problem föregående år. De satsningar som genomförts för att förbättra rapporteringen har haft god effekt. Arbetet med att ytterligare bibehålla och stimulera rapporteringen kommer att fortsätta under 2025 genom olika insatser.

## Rapporterade avvikelser

År	Antal
2023	42
2024	61

## Kategorier

Kategorierna har setts över i systemet inför byte till nytt system. De som redovisas för 2024 är de äldre i ett system som nu utgått.



Kategorier – antal

## Tema 1: Andra vårdgivare

Den avvikelse som enskilt sticker ut handlar om brist i samverkan med andra vårdgivare. Som nämnts i kapitlet *Samverkan för att förebygga vårdskador* löper patienter med många olika slags kontakter med vård en högre risk att drabbas av skador, dit hör exempelvis patienter inom psykiatrin. Liksom andra grupper med sammansatta omsorgsbehov är de patienter som Hälsa och Vård möter i hög grad beroende av stöd från flera instanser, där samordningen inte alltid fungerar, vilket återspeglas i statistiken.

Utöver detta tillkommer försvårande omständigheter. Sambandet mellan patientens juridiska status och patientsäkerhet är starkt. Avvikelser som hanterats under året rör patienter som hänvisats eller remitterats till annan vårdgivare men som där nekats vård på felaktig grund, där vårdgivare gjort felaktig tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå” vilket påverkat omhändertagandet vid akut somatisk sjukdom. Andra situationer som framgår är hur patienter fått ett kränkande bemötande i samband med sjukresor eller i kontakt med vård och socialtjänst.

## Analys

Det är värt att nämna att antalet avvikelser som i kategorin ”annan vårdgivare” har minskat från 2023 till 2024. Det som tidigare registrerades under "annan vårdgivare" har minskat medan kategorier som rör brister i remisshantering har ökat. Detta ska tolkas som att avvikelser där en annan vårdgivare är inblandad fortfarande utgör den dominerande typen, men att rapportören nu ger en mer nyanserad bild av vad det är som brister i samarbetet. Detta är en positiv utveckling eftersom det ger en bättre förståelse hur frågan bäst kan angripas.

## **Åtgärder för 2025**

Arbetet för att säkra glapp i övergångar och öka samverkan för sårbara grupper är Hälsa och Vårds enskilt största riskområde. Den är gemensam för både RKC som för Vårdförmedlingen. Det ska ses som ett löpnade arbete som ständigt behöver förbättras och utvecklas. Avvikelse kommer att följas upp i det nya systemet, där handläggningen tydligare kopplas till processbeskrivningen för att säkerställa en mer strukturerad handläggning. En processbeskrivning för både intern och extern samverkan ska utvecklas under 2025.

## **Tema 2. Dataskydd och IT-säkerhet**

Under 2024 har antalet avvikelser kopplade till IT-säkerhet, integritet och sekretess ökat. Denna ökning speglar en ökad medvetenhet inom organisationen, men också som en generell utveckling inom vård och omsorgssektorn som sådan. Svenska Röda Korset har under 2023 genomfört en omfattande satsning på dessa frågor, inklusive en genomlysning av säkerheten och riktade utbildningsinsatser. Som en följd av detta har flera åtgärder vidtagits, bland annat en översyn av styrdokument kring dataskydd, integritet och sekretess och en tydligare integrering av dessa frågor inom Hälsa och Vård.

### **Analys**

Den ökade rapporteringen kan ses som ett tecken på att medarbetarna har fått bättre kunskap om IT- och dataskyddsrelaterade risker och därmed är mer benägna att identifiera och rapportera avvikelser. För att upprätthålla och vidareutveckla denna positiva trend behöver arbetet med att systematiskt granska och stärka rutiner inom dataskydd och IT-säkerhet fortsätta.

### **Åtgärd:**

Fortsatt genomlysning av rutiner för att identifiera och åtgärda svagheter i IT-systemen, samt fortsatt arbete med att stärka säkerhetsmedvetenheten inom organisationen. Ett närmare samarbete mellan kvalitet och IT kan ses som de största åtgärderna för 2025 med en fast anställd IT-person för Hälsa och Vård

## **Klagomål och synpunkter**

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

### **Systematiskt arbete med klagomål och synpunkter**

Patienter och närstående har möjlighet att framföra klagomål och synpunkter på vården direkt via formulär på hemsidan via en specifik funktion. Klagomålet går då in i avvikelssystemet och ges en formell handläggning.

I de flesta fall tas synpunkter och klagomål upp direkt med verksamheten, och anonymt inkomna klagomål är ovanliga. När ett klagomål inkommer hanteras det i dialog med berörda parter för att säkerställa en snabb och effektiv uppföljning.

### Rapporterade synpunkter och klagomål

År	Antal
2023	0
2024	1

### Analys

Det är viktigt att självkritiskt reflektera över om antalet inkomna klagomål och synpunkter är lågt. Det lägsta resultatet i HSE (3,1) gäller patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet, vilket visar på en möjlighet att bättre inkludera patienternas engagemang. Genom att stärka deras medverkan kan både deras upplevelse och arbetsplatsens säkerhetskultur förbättras.

Detta kopplar även till kapitlet *Patienten som medskapare*, där vikten av patientens roll i säkerhetsarbetet lyfts fram. En ökad involvering kan bidra till mer relevanta förbättringsåtgärder och en säkrare vårdmiljö

### Möjliga orsaker:

- Klagomål hanteras ofta direkt i det behandlande arbetet, vilket i och för sig är positivt och kan minska behovet av formella anmälningar.
- Patienter utan uppehållstillstånd befinner sig i en särskilt utsatt situation och kan av flera skäl känna sig ovilliga att framföra synpunkter.
- Bristande kunskap om egna patienträttigheter kan vara en barriär för att lämna klagomål.
- Språkliga hinder kan påverka möjligheten att ta till sig information om klagomålsvägar, särskilt om den huvudsakligen är på svenska.
- Kännedom om digitala brevlådans existens och möjligheten att lämna formella klagomål kan vara underkommunicerad till patienterna.

### 2024

Initiativ	Beskrivning
Nytt system för handläggning av synpunkter och klagomål	Ett nytt system för avvikelser, Lex Maria och synpunkter och klagomål har införts för att stärka hanteringen av synpunkter och klagomål



Översyn av processbeskrivningar	Processbeskrivning för synpunkter och klagomål i systemet har setts över.
Översyn av hemsidor	Formulär för klagomål har setts över och fått en bättre placering på hemsidor. Dessa ligger på varje centers hemsida.

I arbete med särskilt sårbara grupper är det särskilt viktigt att säkerställa att det finns tillgängliga och trygga kanaler för att framföra synpunkter. För att förbättra tillgängligheten och öka patienters möjligheter att framföra klagomål behöver arbetet ske verksamhetsnära, nära patienten och på lokal nivå för att säkerställa att synpunkter fångas upp och hanteras. Arbetet med att lyfta patienters rättigheter och öka medvetenheten om möjligheten att lämna synpunkter behöver lämnas över till lokal nivå. Exempel på insatser kan vara:

- Synliggörande av det digitala formuläret genom förbättrad kommunikation och informationsspredning.
- Framtagning och översättning av informationsmaterial till flera språk.
- Tillgängliggörande av pappersblanketter och informationsmaterial i väntrum på flera språk.
- Möjlighet att lämna skriftliga klagomål i färdigfrankerade kuvert, adresserade till kvalitetsutvecklare snarare än direkt till verksamheten.

## 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.”*



Kapitlet handlar om hur organisationen bygger en långsiktig förmåga att identifiera, förstå och hantera risker i framtiden.

**Riskmedvetenhet** innebär att vara uppmärksam på faktorer som kan leda till fel, skador eller andra negativa händelser i vården. Det kan till exempel handla om att identifiera brister i rutiner, kommunikationsproblem eller tekniska fel som kan påverka patientens säkerhet.

**Beredskap** handlar om att ha strategier, rutiner och resurser på plats för att snabbt och effektivt kunna agera när en risk uppstår. Det kan gälla behovet av tydliga handlingsplaner för hur man hanterar oväntade händelser.

I praktiken kan detta innebära allt från att regelbundet genomföra riskanalyser och rapportera avvikelser, till att utbilda personal i hur de ska agera i akuta situationer eller förbättra kommunikationsflödet mellan olika enheter inom organisationen. Målet är att förebygga skador och säkerställa att vården är trygg för patienterna

## Riskanalys

Ett digitalt riskbedömningsinstrument finns för att hantera övergripande risker för organisationen i stort så väl som inom vårdområdet. Risker som i sin tur även kan ge bäring på patientsäkerhet och kvalitet. Bedömningar sker systematiskt och kontinuerligt två gånger per år som en del av verksamhetsplaneringen. Riskanalysen omfattar den demografiska utvecklingen, politiska skeenden, finansiella och legala risker. Risker relaterade till otillräcklig efterlevnad av rådande regelverk, förtroenderisker, operativa risker som bristande tillgång till IT-system och integritetsrisker ingår också. Konkreta risker inkluderar exempelvis tillgång till personal, brister i bemanning och kompetens. Riskerna poängsätts och åtgärder för att hantera och förebygga riskerna sätts in och följs upp. Under 2025 rörde en betydande del av de högst rankade riskerna vårdssystem och IT-nätverk. Under året har vårdssystem setts över och nya arbetssätt införts. Effekterna av insatta åtgärder och insatser kommer att följas upp i nästa riskbedömning som görs våren 2025.

## 2024

Åtgärd	Beskrivning	Status
Nya system	Nytt avvikelssystem	Införd
Nya system	Ärendehanteringssystem – Vårdförmedlingen	Lansering 2025
Översyn av manuella rutiner vid driftstopp	Granskning av rutiner för hantering av driftstopp i verksamhetskritiska vårdssystem	<b>Avvikelse</b> 2024: Rutinen är ej slutförd
Översyn av nätverk och datorer	Löpande systematiskt förebyggande arbete för att motverka störningar. Serviceavtal och ställtider ses över	Serviceavtal och supportrutiner uppdaterade

# MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2025 formuleras målen för respektive fokusområde för att uppnå en säkrare vård. Dessa utgår från de områden som beskrivits i patientsäkerhetsberättelsen 2024. Planen utgår från den nationella mallen för säker vård

## Teman 2025

### 1. Tillgänglighet – Målgruppsinvolvering på riktigt

*Vi är relevanta för våra patientgrupper genom att skapa delaktighet och tillgänglighet, framför allt för dolda grupper som behöver oss som mest.*

### 2. Internationellt arbete

*Vår del i den internationella Röda Kors-rörelsen stärker vår egen kompetens*

### 3. Civilsamhällets förutsättningar i ett omförhandlat samhällskontrakt

*När den humanitära rätten till vård sätts på prov – en migrationspolitik i förändring*

### 4. Forskning och utveckling – Avdelning Hälsa och Vård, en ledande aktör inom psykologisk traumabehandling

*Vi inför nya arbetssätt och metoder i traumabehandling*

- *Intensivbehandling*
- *Virtual Reality*
- *Digitala utbildningar för patienter – Röda Korsets Webbhub för psykisk hälsa*

# 1. GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Mål	Aktivitet	Ansvarig
<p><b>Engagerad ledning och tydlig styrning</b></p> <p><i>”En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer”</i></p>	<p><b>Organisation och ledning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>En översyn av organisation för Avdelning Hälsa och Vård ska ha utförts.</i></li> <li>• <i>Kvalitetsledningssystemet enligt SOSFS 2011:9 ska ha setts över och uppdaterats i enlighet med den reviderade organisationsstrukturen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avdelningschef</li> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• HR</li> </ul>
	<p><b>Införande av nytt kvalitetsledningssystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsätter enligt upprättad projektplan 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biträdande avdelningschef</li> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• IT</li> </ul>
	<p><b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Samtliga enheter ska ha genomfört processkartläggning för samverkan. Processbeskrivningarna för extern samverkan ska vara framtagna och publicerade.</i></li> <li>• <i>”Barn-process” för att säkerställa barns behov tas fram</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetschefer (RKC)</li> </ul>
	<p><b>Informationssäkerhet</b></p> <p><i>HSLF-FS 2020:56</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Genomlysning kvalitetsledningssystemet utifrån dataskydd har utförts</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dataskyddsombud</li> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fastställd rollbeskrivning – Dataskyddsombud, dataskyddssamordnare och kvalitet för Hälsa och Vård ska ha fastställts.</i></li> </ul>	
--	---	--

<p><b>En god säkerhetskultur</b></p> <p><i>”Beskriv hur ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs”</i></p>	<p><b>Mångfald och inkludering – en förutsättning för säker vård</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fortsättning från 2024 med aktiviteter enligt fastställd SRK-strategi. Utbildningar och Workshops fortsätter genom Make Equal.</i></li> <li>• <i>Aktiviteter har följts upp genom regelbunden mätning om mångfald och inkludering som ett tillägg i medarbetarenkäten.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svenska Röda Korset</li> <li>• Biträdande avdelningschef</li> <li>• HR</li> </ul>
	<p><b>Patientsäkerhetskultur inom Svenska Röda Korset - Hälsa och Vård</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Varje enhet har identifierat och genomfört en valfri aktivitet baserad på sitt HSE-resultat för att främja, stärka eller vidmakthålla en god säkerhetskultur. Presenteras på ledningsnivå för inspiration och delande av lärdomar efter resultat presenterats i maj under hösten samt ett halvår efter mätningen genomförts.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• HR</li> <li>• Verksamhetschefer (samtliga)</li> </ul>
	<p><b>Avvikelsesystem 2025</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stöd och inspiration har getts till chefer och medarbetare vid hantering av avvikelser i det nya avvikelsesystemet. Kurser i statistikuttag har skett där alla chefer har gått.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetschefer (samtliga)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Arbetsätt för lokal hantering av avvikelser har formulerats för att förankra arbetet med avvikelser på varje enhet.</i></li> <li>• <i>En process för hantering av avvikelser som rör extern vårdgivare har etablerats.</i></li> </ul>	
	<p><b>Personalens medverkan i kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:6 kap)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Förbättringsdag 2025. Samtliga enheter har haft en kvalitetsdialog tillsammans med kvalitetsutvecklare utifrån SOSFS 2011:9.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Alla medarbetare inom Hälsa och Vård</li> </ul>

<p><b>Adekvat kunskap och kompetens</b></p> <p><i>Beskriv hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.</i></p> <p><i>Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.</i></p>	<p><b>Vårt engagemang i Röda Korsets internationella arbete stärker vår egen kompetens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Internationella utbildningsinsatser inom psykologisk traumabehandling har genomförts. Fysioterapeut, psykolog samt kurator från behandlingscenter har utbildat vårdpersonal i Armenien, Syrien, Ukraina. Nyckeltal mäts i antal genomförda kompetenshöjande insatser.</i></li> <li>• <i>Ett kvalitetssäkrat, pedagogisk och användarvänligt utbildningsmaterial har tagits fram inom partnerskapet mellan Svenska Röda Korset och Internationella Röda Kors-kommittén (ICRC). Ett utbildningsmaterial har tagits fram för användning ute på fält.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationell koordinator</li> </ul>
---	---	--

<b>Patienten som medskapare</b> <i>”Beskriv struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet”</i>	<b>Delaktighet på riktigt</b> <i>Arbetsättet Peer Support – Projektår löper hos följande center:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RKC – Göteborg</li> <li>• RKC – Skövde/Vänersborg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetschefer: RKC Göteborg RKC Skövde</li> </ul>
	<b>Ökad tillgänglighet - målgruppsinvolvering i arbetet med papperslösa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vårdförmedlingen följer framtagen handlingsplan från behovskartläggning 2024.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enhetschef Vårdförmedlingen</li> </ul>
	<b>Patientenkät 2025</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ny patientenkät tas fram och införs i relevanta delar på ett patientanpassat sätt. Nöjdhet och delaktighet rapporteras som representativt nyckeltal och följs i verksamhetsuppföljning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetsutvecklare</li> </ul>

## 2. AGERA FÖR SÄKER VÅRD

<b>Egenkontroll</b>	<b>Följande egenkontroller följs under 2025</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicidriskbedömning samt handlingsplan medel/hög risk</li> <li>• Vårdplan (delaktighet)</li> <li>• Anhöriga/Barn som anhöriga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetsutvecklare</li> </ul>
---------------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Våld i nära relationer</li> <li>• Journalföring enligt HSLF-FS 2016:40 samt SOSFS 2011:9</li> <li>• Loggkontroll – behörigheter.</li> </ul>	
--	--	--

<p><b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b></p> <p><i>”Beskriv hur händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.</i></p> <p><i>Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.</i></p> <p><i>Gör en samlad analys utifrån utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?</i></p> <p><i>Beskriv identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem till exempel vårdskador</i></p>	<p><b>1. Riskområde: Suicid</b></p> <p><i>Uppföljning av andel handlingsplaner för suicid gällande patienter med medel/hög risk. Arbetet utgår från egenkontrollsresultaten 2024 med tillhörande aktiviteter.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetschef (RKC)</li> </ul>
	<p><b>2. Riskområde: Samverkan – ”annan vårdgivare”</b></p> <p><i>Vi säkerställer en strukturerad och effektiv samverkan med andra vårdgivare för att minimera risker och förbättra patientsäkerheten för personer i osäker migrationsstatus.</i></p> <p><i>Definiering av arbetssätt för att identifiera sådana patienter som löper särskild risk att drabbas av negativa konsekvenser på grund av brister i samverkan.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Chefer: RKC Malmö Vårdförmedlingen</li> </ul>
	<p><b>3. Riskområde: Våld i nära relationer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vi säkerställer efterlevnad till HSLF-FS 2022:39 kap. 7 för att uppmärksamma våldsutsatta patienter och deras barn. Arbetet utgår från egenkontroll 2024</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• VINR-grupp</li> <li>• Enhetschef: Vårdförmedlingen</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vårdförmedlingen upprättar rutiner för att uppmärksamma våldsutsatta papperslösa personer.</i></li> </ul>	
<p><b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b></p> <p><i>Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, till exempel basala hygienrutiner och klädregler (BHK), läkemedelsgenomgångar hos äldre, suicidriskbedömningar, antibiotikaanvändning, m.fl.</i></p>	<p><b>Område: Förstärkt IT-stöd</b></p> <p><i>Vi tillsätter en särskild IT-resurs för säkrare system och stabil IT-leverans inom Avdelning Hälsa och Vård.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biträdande avdelningschef</li> <li>• IT</li> </ul>
	<p><b>Område: samverkan – Annan vårdgivare</b></p> <p><i>Förslag på konkreta åtgärder för att förbättra samverkan mellan vårdgivare, myndigheter och socialtjänst har tagits fram och har dokumenterats innan årets slut</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Särskild arbetsgrupp</li> </ul>
	<p><b>Område: Barn och tortyr</b></p> <p><i>Implementering av screeninginstrument/samtalsstöd för att identifiera våldsutsatta barn som även kan ha utsatts för tortyr.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetschef RKC Uppsala</li> </ul>
<p><b>Säker vård här och nu</b></p> <p><i>Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade</i></p>	<p><b>Åtgärdsområde: Våld i nära relationer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Under 2025 fortsätter arbetet i Mitt hjärtas system II, med utformning samt implementering av riktad behandlingsintervention för kvinnor. Detta sker i samarbete med Malmö universitet. Samverkan har också inletts med Kompetenscenter for Transkulturell Psykiatri i Köpenhamn</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetschefer: RKC Malmö RKC Skövde</li> <li>• VINR-grupp</li> </ul>

<p>patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal, m.fl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygga grupper: - Insatser för kvinnor som upplevt flykt och könsrelaterat våld – Skövde</li> <li>• Att identifiera och uppmärksamma våldsutövaren i nära relationer– ny rutin upprättas</li> </ul>	
	<p><b>Åtgärdsområde: Säker vård under osäkra levnadsförhållanden</b>  Förändrade migrationsförhållanden samt långa geografiska avstånd. Metoden intensivbehandling införs succesivt på fler center:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RKC Skellefteå + delar av intensivbehandling prövas i digitala format</li> <li>• RKC Skövde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetschefer: RKC Skellefteå RKC Skövde</li> </ul>

<p><b>Stärka analys, lärande och utveckling</b></p> <p>Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning, nationella register, m.fl.</p>	<p><b>Forskningsarbeten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Följd forskningsplan 2025 enligt Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering i samverkan med Högskola. Redovisas i antal pågående forskningsprojekt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samordnare - Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering</li> </ul>
--	--	--

	<p><b>Virtual Reality – ett arbetssätt inom traumabehandling.</b></p> <p><i>I behandling införs Virtual Reality-teknik i in Vivo-exponering för situationer i vardagen som är svåra för patienten att hantera</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetschef: RKC Malmö</li> </ul>
	<p><b>Journalsystem</b></p> <p><i>Påbörjad upphandling/Benchmark för nytt journalsystem. En kravspecifikation ska ha färdigställts.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biträdande avdelningschef</li> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• IT</li> </ul>

<p><b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b></p> <p><i>Beskriv hur detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkemedelsbehandling, patientkontrakt, m.fl.</i></p>	<p><b>Politiska och ekonomiska skiftens påverkan på patientsäkerhet och kvalitet. En migrationspolitik i omvandling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Migrationspolitiska skiften är riskbedömda i riskbedömningsredskap, laguppföljningsredskap samt i omvärldsanalys.</i></li> <li>• <i>Plötsliga flyttar på grund av hastigt ändrade asylförhållanden, långa remisstider samt långa geografiska avstånd för målgruppen. Vi ser över digitala arbetssätt (Webbhub – fysioterapi) och inför intensivbehandling succesivt på alla center. Intensivbehandling mäts i utfall.</i></li> <li>• <i>Risikanalys för informationsplikt. Vi slutför och upprättar åtgärdsplaner samt säkrar rutiner och arbetssätt.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biträdande avdelningschef</li> <li>• Kvalitetsutvecklare</li> <li>• Verksamhetsutvecklare: Webbhub för psykisk hälsa</li> </ul>
--	--	--