



# Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse

**Svenska Röda Korset**

**Avdelning Hälsa och vård**

**2023**



Datum 2024-02-26

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>7</b>  |
| <u>Engagerad ledning och tydlig styrning</u> .....                 | 7         |
| <u>Övergripande mål och strategier</u> .....                       | 7         |
| <u>Organisation och ansvar</u> .....                               | 8         |
| <u>Samverkan för att förebygga vårdskador</u> .....                | 10        |
| <u>Informationssäkerhet</u> .....                                  | 10        |
| <u>Strålskydd</u> .....  | 11        |
| <u>En god säkerhetskultur</u> .....                                | 12        |
| <u>Adekvat kunskap och kompetens</u> .....                         | 15        |
| <u>Patienten som medskapare</u> .....                              | 16        |
| <b><u>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</u></b> .....                           | <b>19</b> |
| <u>Öka kunskap om inträffade vårdskador</u> .....                  | 24        |
| <u>Tillförlitliga och säkra system och processer</u> .....         | 25        |
| <u>Säker vård här och nu</u> .....                                 | 26        |
| <u>Riskhantering</u> .....   | 26        |
| <u>Stärka analys, lärande och utveckling</u> .....                 | 28        |
| <u>Avvikelse</u> .....   | 28        |
| <u>Klagomål och synpunkter</u> .....                               | 31        |
| <u>Öka riskmedvetenhet och beredskap</u> .....                     | 32        |
| <b><u>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</u></b> ..... | <b>33</b> |

# Sammanfattning

Året 2023 har kännetecknats av en på många sätt föränderlig omvärld. För Röda Korset har ett oroligt världsläge påverkat organisationen lokalt, nationellt och globalt. Konflikten i Ukraina, situationen i Gaza, förändringar i säkerhetsläget samt konflikter och katastrofer på många andra håll kan te sig avlägsna, men ger påverkan på lokal nivå för de vårdverksamheter som Svenska Röda Korset driver.

Den nationella händelse som har mycket stor påverkan för kvalitet och patientsäkerhet vid Röda Korsets vårdverksamheter är den aktuella omläggningen av svensk migrationspolitik, med pågående utredning av eventuella lagförändringar som får konsekvenser för berörda personer. Trots att det ännu är under utredning och förslag inte är klara har vi redan kunnat se konsekvenser för de patientgrupper som får vård och behandling hos Röda Korsets vårdverksamheter. Hur detta tar sig uttryck redovisas i kapitlet avvikelser. Andra drivande faktorer som påverkar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vårarbetet är den snabba digitala utvecklingen med dess fördelar i tillgänglighet för utsatta patientgrupper och dess utmaningar i form av risker kopplat till digitalt utanförskap och risker i informationssäkerhet.

På grund av den föränderliga situation som beskrivs i inledningen har kvalitet- och patientsäkerhet fått en allt större betydelse för Röda Korsets vårdverksamheter. Det befintliga kvalitetsledningssystemet och patientsäkerhetsarbetet har genomlysts under året, och för hela organisationen har en genomlysning av informations- och datasäkerhet, integritet och skydd av IT-system ägt rum. Ett flertal kvalitets- och patientsäkerhetsprojekt har genomförts för att stärka arbetet i verksamheterna. Under året har ett projekt med byte av leverantör av digitala patientmöten genomförts samt att effektkartan för digitalisering har uppdaterats. En ny kvalitetsutvecklare har anställts.

Röda Korsets Vårdförmedling i Stockholm som möter papperslösa patienter har anställt en projektledare för att utvärdera arbetet och identifiera behov av förbättring och utveckling för att uppfylla satta krav och mål. Arbetet med våld i nära relationer har fått ökad uppmärksamhet, och nya rutiner har införts för att kvalitetssäkra omhändertagandet kring våldsutsatta personer.

Goda exempel som vi särskilt vill lyfta fram är: projektet *Mitt hjärtas system* samt projekt kring *intensivbehandling* (IB). Dessa goda exempel och några fler beskrivs närmare i patientsäkerhetsberättelsen.

*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 skydds nätet.

Tyngdpunkten i arbetet ligger i huvudsak på vård och behandling samt att ge stöd till anhöriga. Vi genomför också tortyrskadestredningar enligt Istanbulprotokollet. Utöver vårduppdraget tillkommer i uppgift att ge utbildning till andra verksamheter som möter målgruppen, att bidra till kunskapsspridning, bedriva forskning, påverkansarbete samt skapa samverkan med andra aktörer både nationellt och internationellt. I uppdraget ingår även att arbeta med förebyggande psykosocialt stöd och i detta syfte har vi bland annat en webbblogg – en digital plattform - för psykisk hälsa dit allmänheten kan vända sig för stöd och information.

## Behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade

Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade finns på sex platser i landet. Behandlingscentren erbjuder specialiserad traumabehandling för personer med upplevelser av krig, tortyr och/eller flykt, oavsett deras juridiska status. Behandling av barn och ungdomar sker på vissa behandlingscenter. Behandlingen sker såväl individuellt som i grupp. På flera behandlingscenter ingår även anhörigstöd samt barn- och familjeverksamhet i den ordinarie verksamheten.

## Vårdförmedling för papperslösa

Svenska Röda Korsets vårdförmedling för papperslösa och andra migranter som faller utanför det offentliga skydds nätet finns i Stockholm. Vårdförmedlingen arbetar för att personer ska få tillgång till den vård de behöver och har rätt till. Målgruppen är migranter som helt eller delvis faller utanför det offentliga skydds nätet, till exempel papperslösa, asylsökande, personer som söker uppehållstillstånd på plats i Sverige samt EU-medborgare/tredjelandsmedborgare med uppehållstillstånd i annat EU/EES-land som saknar europeiskt sjukförsäkringskort.

## Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Ett samarbete där klinisk erfarenhet kombineras med vetenskaplig kompetens för att genomföra klinisknära forskning i syfte att öka kvaliteten i tortyr- och krigsskaderehabilitering. Under 2023 har fyra vetenskapliga rapporter publicerats från Kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering (KC):

- *Barn som överlevt tortyr* – En systematisk litteraturöversikt om screening, dokumentation och behandling av tortyrskadade barn.

- *Mitt hjärtas syster II* – Kvinnors och vårdpersonals upplevelser av traumafokuserad behandling vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.
- *Evidensbaserad psykologisk behandling av posttraumatisk stress hos vuxna personer med erfarenhet av flykt* - En kartläggande litteraturöversikt.
- *Tortyrrens påverkan på exekutiva funktioner* - Konsekvenser av PTSD och traumatisk hjärnskada hos tortyröverlevare vid traumabehandling, asylprocess och integration.

## **Idéburen vård**

Röda Korset är en civilsamhällesorganisation men genom vårt mandat har vi även en unik stödjande roll till staten. Internationellt är vi världens största kris- och katastroforganisation som ger humanitärt stöd, men i Sverige är vi också en idéburen vårdgivare. Den idéburna sektorn bär på en speciell kraft, en idé om hur vi vill driva samhället framåt. Allt arbete inom Röda Korsets vårdverksamheter utgår från organisationens sju grundprinciper:

*Humanitet, Opartiskhet, Neutralitet, Självständighet, Frivillighet, Enhet och Universalitet.*

## **Röda Korsets hållbarhetsarbete**

Hållbar utveckling utgår från agenda 2030 som handlar om att säkerställa goda livsvillkor för alla människor, nu och i framtiden. Svenska Röda korset strävar efter att vara en aktör som bidrar till samhällets välfärd utan att belasta den. Vårt kvalitets- och ledningssystem är ett stöd i detta arbete och en garant för att vi hela tiden förbättrar och skapar nytta för våra patienter samtidigt som vi minskar vårt miljöavtryck.

# 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 patientsäkerhetsarbetet är att arbetet med att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister görs på ett systematiskt sätt. Under våren 2023 gjordes en genomlysning av det befintliga kvalitetsledningssystemet och dess förmåga att leva upp till de lagkrav som systemet ska säkerställa. På uppdrag av avdelningschef besöktes samtliga vårdenheter runt om i landet av kvalitetsutvecklare. Detta skedde under perioden maj-juni 2023. Besöken lades upp för att fånga kvalitativa och kvantitativa mått. En självskattning utifrån delarna i patientsäkerhetslagen utformades som chefer tillsammans med sina medarbetare fick fylla i inför besöket. Workshops hölls därefter med personalgrupperna som fick ge sitt inspel till de olika delarna i patientsäkerhetslagen och tillsammans beskriva hur de uppfattar att verksamheten lever upp till dessa. Processen mynnade ut i en sammanställning där sedan en åtgärdsplan upprättades. De högst prioriterade områdena var en övergripande önskan om en större tydlighet och överblickbarhet i kvalitetsledningssystemet samt att det fanns en systemsvaghet kring avvikelser som bedömdes som prioriterad att åtgärda. En planering för att byta till ett bättre systemstöd för både kvalitetsledningssystemet och avvikelssystemet, lades in i verksamhetsplaneringen. Arbetssätt och tydligare rutiner har tagits fram under hösten i enlighet med det som framkommit under rundresan.

## Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och 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 god kvalitet och hög säkerhet upprätthålls. Ledare på alla nivåer kan skapa 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 ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 finns och 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 regler, rutiner efterföljs 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. 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 nationell nivå samt har ett administrativt ledningsansvar att leda 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.



## **Verksamhetschef**

Lokalt är verksamhetschef vid varje enhet ansvarig för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och följs upp. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten på enheten. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för sin verksamhet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Verksamhetschefen leder och har det operativa ansvaret för verksamhetsutveckling, ekonomi, arbetsmiljö och samverkar internt såväl som med externa aktörer. Verksamhetschefer ingår i ledningsteam som är underställt avdelningschef. Till sitt stöd har verksamhetschefer tillgång till Hälsa och vårds kvalitetsutvecklare.

## **Kvalitetsutvecklare**

Tillsammans med avdelningschef och verksamhetschefer utvecklar och upprätthåller 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, genomför egenkontroller samt bidrar vid implementering av kvalitetshöjande insatser.

## **Medarbetare**

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. Varje medarbetare ansvarar också för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet som ligger inom ramen för avdelningens kvalitetsledningssystem.

## **Övriga**

Övriga stödfunktioner som stöttar organisationen till kvalitet och patientsäkerhet är HR-partner, organisationens dataskyddsombud samt IT. Då målgruppen som erhåller behandling genom avdelning Hälsa och vård har olika juridisk status finns samverkan med annan verksamhet inom Röda Korset, till exempel efterforskning, familjeåterförening, migrationsrådgivning och sociala verksamheter som bidrar med 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.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Intern samverkan för att förebygga vårdskador sker på olika nivåer inom organisationen. Huvudprocesser finns angivna för vårdverksamheterna. Processerna syftar till att säkerställa ett säkert omhändertagande av god kvalitet där inget faller mellan stolarna eller att insatser ges på ett för patienten icke-koordinerat vis.

Samverkan med externa parter sker i störst utsträckning med psykiatri och primärvård. En stor andel av patienterna på behandlingscenter för krigsskadade och torterade har kontakt med fler vårdgivare, som till exempel elevhälsan samt med socialtjänsten och andra myndigheter som Försäkringskassan och Migrationsverket. Ofta behövs tolk. Behandlingscentren vittnar om att många patienter som har insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården har behov av att få insatserna samordnade.

Avvikelsestatistiken visar att detta område ger flest Patientavvikelser. Statistik, orsaker och åtgärder redovisas närmare i *Stärka analys, lärande och utveckling*. Rutiner har setts över för att följa upp arbetet.

En faktor som försvårar samverkan med externa vårdgivare kan bero på att Röda Korset per definition inte likställs med en offentligt finansierad vårdgivare. Det resulterar emellanåt i att enheterna förbises 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.

Asylsökande och papperslösa personer som besöker Röda Korsets vårdverksamheter befinner sig i en situation med ökad risk att drabbas av vårdskador eftersom det saknas tydlighet kring uppföljning och ansvar, speciellt om ett hälsotillstånd tolkas som att det är vård som kan anstå. För asylsökande och papperslösa tillkommer ytterligare 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. Att personer flyttar ofta riskerar också att bryta vårdkontakter. Begreppet Vård som inte kan anstå tolkas olika där okunskap om regelverket riskerar att skapa en ojämlig vård, och ytterst risker för patientsäkerheten. Denna utsatthet gäller i synnerhet *Vårdförmedlingens* patienter som ofta är papperslösa. Röda Korsets vårdverksamheter vänder sig till alla utifrån behov, oavsett juridiskt status.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Svenska Röda Korset är som en del av den globala rödakorsrörelsen och världens största katastroforganisation. Säkerhet och beredskap är centrala frågor i en allt oroligare värld med ökade cyberhot. Ett dataskyddsombud har inrättats och en övergripande organisation

för dataskydd har byggts upp inom organisationen. 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 journalsystem och avvikelshantering. Utbildningar har ordnats för medarbetare kring dataskydd och informationssäkerhet.

En särskild utmaning är att målgruppen ofta befinner sig i ett digitalt utanförskap där de digitala lösningar som används behöver vara lättillgängliga och ha så låg tröskel att de inte utestänger patienter, i kombination med att behovet av säkerhet är extra högt. Vid införande av digitala lösningar blir riskanalyser särskilt viktiga. Dessa riskanalyser sker systematiskt vid förändringar där IT- och dataskyddsperspektiv inkluderas. I de fall det identifieras särskilda risker eller särskilt stort behov av omsorg tas dataskyddsbudet med på remiss i bedömningen. Rutiner för loggkontroller har setts över och skärpts. Behörigheter har setts över i systemen.

- Organisationen använder en krypterad E-postlösning samt särskilda säkra digitala arbetsytor, ”Collab-room” då ytterst känslig information behöver delas mellan yrkesverksamma, som tex tortyrskadeutredningar med känsligt bildmaterial eller juridisk text om skäl till förföljelse.
- En säkrare plattform för digitala vårdmöten har infört.

Riskanalyser som gjorts utifrån integritetsperspektiv:

- Informationsklassificering med tillhörande riskanalyser för tjänsterna ”Collab-room”, *avvikelsesystemet och journalsystemet*.
- Riskanalys för införande av ny tjänst för digitala vårdmöten.
- Riskanalys för rutin av loggkontroll.

## **Strålsäkerhet**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Ingen av enheterna berörs av lagen.

## En god säkerhetskultur

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



Röda Korsets grundprinciper är den kompass som ger stöd åt medarbetare i att navigera och kunna bidra till den patientsäkerhetskultur som finns på arbetsplatsen.

Grundprinciperna är den utgångspunkt som ska bidra till att verksamheternas alla medarbetare känner sig trygga att ifrågasätta arbetsmetoder, komma med synpunkter och lära av fel och misstag, vilket är grundläggande faktorer för kvalitet och patientsäkerhet. Grundprinciperna ska bidra till det öppna arbetsklimat där medarbetare och chefer kan vara öppna med egna sårbarheter och misstag utan att bli straffade eller dömda.

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”*.

Sambandet mellan arbetsmiljöfaktorer och patientsäkerhet är starkt. Det är inte ovanligt att avvikelser i hälso- och sjukvården beror på just arbetsmiljö. Det kan till exempel handla om den fysiska, den sociala eller den organisatoriska arbetsmiljön. De olika delarna hänger ihop och kan påverka varandra.

Verksamheterna inom avdelningen Hälsa och vård strävar mot att skapa en tillitsfull kultur på arbetsplatsen som främjar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Exempelvis arbetar verksamhetschefer och ledning med att flytta fokus från den enskilda yrkesutövarens roll till systemets och organisationens betydelse. Målet är att skapa ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet.

Under 2023 påbörjades en utvärdering av systemet. Detta gjordes som en del av det övergripande arbetet för hela organisationen. En önskan var att göra mer kontinuerliga mätningar över året. Detta ger bättre möjlighet för ett succesivt vidmakthållande av arbetsmiljöfrågor samt att i ett tidigt skede kunna fånga upp trender. Frågor som mäts i pulsmätning är frågor om den fysiska och psykosociala arbetsmiljön, om ledarskap, om mål och förväntningar samt stöd och stress.

Från och med 2023 genomförs medarbetarenkäten tre gånger per år som bland annat inkluderar frågor om relation till sin närmaste chef, arbetsplatsens fysiska och psykosociala miljö, och samverkan inom och utanför gruppen.

Vidare visar resultat för mätningar under 2023 att arbetsmiljön överlag upplevs som hälsosam.



2023 (ny mätmetod infördes under året. Redovisning from v. 21)



2023

## Mätning av patientsäkerhetskultur

Medarbetarenkät 2022. "I din nuvarande grupp, kan du..."



### Mätning 2022–2023

Under 2023 arbetades frågorna om och därför gjordes ingen mätning specifikt kring patientsäkerhetskultur så som det tidigare gjorts. 2024 kommer ytterligare utveckling att äga rum där det ges utrymme att anpassa mätningar kopplat till behov för respektive verksamhet. Frågor som har en tydligare koppling till patientsäkerhetskulturen på avdelningen avses att ställas under året.

### **Incidentrapportering gällande arbetsmiljö**

Svenska Röda Korset mäter och redovisar arbetsmiljöhändelser specifikt. Det har inkommit 28 incidentrapporter som berör risker och händelser som drabbat medarbetare relaterat till arbetsmiljön. I tabellen nedan redogörs för riskområden med flest avvikelser samt genomförda förbättringar. 18 av dessa är kränkningar av olika slag. Organisationen har en tydlig värdegrund med etiska grundprinciper som vägledning. Målgruppens särskilda utsatthet kräver en medvetenhet hos medarbetare och organisation i stort. Att medarbetare reagerar och rapporterar i systemen ses som ett positivt tecken på att det finns en låg tolerans för kränkningar, vilket ses som garant för att patientsäkerhet är hög.

| Kategori   | 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> |

### *Incidentrapport arbetsmiljö – 2023*

### **Whistleblower**

Visselblåsarlagen började gälla 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 kan rapportera om oegentligheter eller kränkningar finns i vården.

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

Inget ärende gällande patientsäkerhet har rapporterats i systemet under året.

## 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”*



Kunskap om patientsäkerhet och kvalitetsarbete behövs för att medarbetare ska kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder. För att tillgodose att det finns kunskap och kompetens om patientsäkerhet och kvalitetsarbete i verksamheterna är det ett återkommande tema på olika nivåer. I avdelningens ledningsteam lyfts frågor om kvalitetsutveckling och patientsäkerhet regelbundet. Från ledningsteamet återkopplas resultat och beslut till verksamheterna. Säker bemanning är en annan viktig aspekt gällande kompetens och patientsäkerhet. Det handlar om att verksamheterna ska ha medarbetare med rätt kompetens som kan erbjuda en trygg och säker vård.

### Yrkeskompetens

Röda Korsets vårdverksamheter är ledande i landet på traumabehandling för personer med flykting-/migrantbakgrund som lider av trauman från tortyr, krig och flykt.

Yrkeskompetens tillgodoses kontinuerligt och utgår i första hand från målgruppens förutsättningar och behov. Målet är att bygga en bred kompetens kring traumabehandling och kunna erbjuda relevanta behandlingsmetoder till patienterna. Minimumnivån är att samtliga behandlare på mottagningarna ska ha kompetens att arbeta med de behandlingsmetoder som rekommenderas vid posttraumatisk stress.

Kompetensutveckling för nyanställd personal som inte tidigare arbetat specifikt med denna målgrupp genomförs.

Kompetensutveckling sker kontinuerligt för medarbetare i metoder validerade för behandling av PTSD såsom *exempelvis Narrative exposure therapy (NET), Prolonged Exposure (PE) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. Under 2023 har psykologer gått utbildningar i NET, EMDR 1 (grund) och 2 (fördjupning), PE samt traumabehandling för barn. Kuratorer har gått utbildning i *BRA-samtal, Våld i nära relation* och *ABC-modellen*. Fysioterapeuter har gått utbildning i *Tension and trauma releasing exercises (TRE)*.

### Övriga kompetenshöjande aktiviteter

För att främja kunskapsutveckling finns utöver kompetensutveckling stödande strukturer för 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 migration. Somliga är obligatoriska vid nyanställning och ingår som en del av introduktionsprogrammet.

Organisationen arrangerar kontinuerliga kunskapshöjande utbildningar. Frukostseminarium, bokcirklar, Peer-review arbete, webinarium med forskningsföreläsningar och kunskapsspridning av utvecklingsprojekt har arrangerats under året. Exempel på utbildningar under 2023 har varit en utbildningsserie om civilsamhällets förutsättningar, dataskydd och migrationslagstiftning. På avdelningsnivå har seminarium hållits, exempelvis: *Mitt hjärtas system 2: - om kvinnors och vårdpersonals upplevelser av behandling på RKC*, *Barn som överlevt tortyr; - kartläggande litteraturstudie om screening, behandling och dokumentation* samt *Tidöavtalet: -Lagändringars påverkan på våra patienter hittills och framåt*.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>26/9</b><br/>09.00-10.00</p> <p>Rapportsläpp:<br/><b>Mitt hjärtas system II</b><br/>Kvinnors och vårdpersonals upplevelser av behandling vid RKC:erna</p> <p>Linda Jolof<br/>Patricia Rocca<br/>RKC Malmö</p> | <p><b>24/10</b><br/>09.00-10.00</p> <p>Rapportsläpp:<br/><b>Barn som överlevt tortyr</b><br/>Kartläggande litteraturstudie om screening, behandling och dokumentation</p> <p>Ronak Tamdjidi<br/>RKC Uppsala<br/>Catarina Nahlén Bose<br/>Röda Korsets Högskola</p> | <p><b>28/11</b><br/>09.00-10.00</p> <p>Analys:<br/><b>Tidöavtalet</b><br/>Lagändringars påverkan på våra patienter hittills och framåt</p> <p>Hanna Scott<br/>Doktorand<br/>Linköpings universitet</p> |
|---|--|--|

En viktig del för att stärka kunskapsnivån för medarbetare är samverkan mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Sedan 2020 samfinansieras ett kompetenscenter för krigs- och tortyrskaderehabilitering. Detta kompetenscenter har i uppdrag att stärka kunskapsomhändertagandet, både utifrån ett forskningsperspektiv och med ett verksamhetsutvecklande fokus. Kontinuerligt produceras forskning där resultaten presenteras för medarbetare. Kombinationen av klinisk erfarenhet och akademisk kunskap, innebär att kliniker själva som bedriver forskning som en del av sin tjänst på så sätt också återför kunskap in i behandlingsverksamheten. Ett exempel på sådan metodutveckling är den intensivbehandling som utvecklats under 2023.

## 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 ge en god och säker vård. Ett uttryck för delaktighet är att arbete sker i enlighet med Röda Korsets grundprinciper.

Verksamheterna arbetar med delaktighet på olika nivåer. Dels i själva utförandet av behandlingen där vårdplaner är ett arbetssätt som Röda Korsets behandlingscenter har implementerat för att göra patienten delaktig i behandlingen. Ett exempel under 2023 är införandet av en ny vårdplansmodul och nya rutiner där patientens delaktighet förtydligas och stärks i ännu högre grad. Delaktighet och medverkan journalförs på ett tydligare sätt och vårdplanerna följs upp på aggregerad nivå.

### ***Patientenkät***

Avdelningen har vartannat år genomfört en patientenkät med syfte att få en bild av patienters upplevelse av kvalitén 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 har utvärderats under året. 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 då det finns maktobalanser mellan patient och vård som gör relationen asymmetrisk. Detta gäller i högsta grad för den med osäker juridisk status, som har behov av tolk eller en 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 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.

### ***Kvalitativa projekt***

Ett flertal andra projekt för att stärka delaktigheten har genomförts under 2023:

### *Mitt hjärtas system*

I Malmö slutfördes forskningsstudien *Mitt hjärtas system* del 2 där kvinnor som tidigare deltagit i behandling fick komma till tals. Trots att PTSD och andra traumarelaterade symtom är lika vanligt hos kvinnor som hos män, så kan en viss underrepresentation av kvinnor som patienter ses vid Svenska Röda Korsets behandlingscenter i Malmö. Målsättningen är att utifrån kunskap om kvinnors specifika upplevelser och behov kunna erbjuda bättre anpassad behandling för kvinnor. Genom projektet kommer kvinnorna till tals och formulerar sina erfarenheter och behov. Projektet som färdigställdes 2023 ger underlag för att se över hur verksamheten kan utveckla, implementera och utvärdera speciellt anpassade evidensbaserade arbetssätt för målgruppen.

### *Peer-support*

I Göteborg och Skövde genomfördes förberedelser för ett *Peer-supportprojekt* 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 vill behandlingscentren öka delaktighet och brukarinflytande hos patienterna. Det ger en möjlighet för verksamheten att fortsätta lära sig om patienters upplevelser och vidareutveckla våra behandlingscenter baserat på patientens upplevelser och behov.

### *Behovsundersökning av tillgänglighet för papperslösa*

Under 2023 genomförde Vårdförmedlingen i Stockholm en behovsundersökning kopplad till tillgängligheten i vården för personer i papperslöshet. Undersökningen genomfördes under åtta månader på heltid och är klar i februari 2024. Undersökningen samlar erfarenheter, kunskap och idéer genom intervjuer och enkäter direkt med målgruppen. Totalt genomfördes 30 kvalitativa intervjuer och 30 enkäter. Målsättningen var att fånga in vilka insatser och vilket stöd som personer i papperslöshet upplever sig vara i behov av. Resultatet kommer användas för att utveckla och förbättra den egna verksamheten. Även andra civilsamhällesaktörer samt sjukvårdsregioner och övriga vårdgivare kommer få ta del av resultat och rekommendationer under 2024.

# 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.

## Egenkontroller för Hälsa och vård

| Kontroll            | Område                | Frekvens | Ansvarig            |
|---------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| Journalgranskning   | Suicidriskbedömningar | Årlig    | Verksamhetschef     |
|                     | Vårdplan              | Årlig    | Verksamhetschef     |
|                     | Barn som anhörig      | Årlig    | Verksamhetschef     |
| Delaktighetsprojekt | Antal projekt         | Årlig    | Verksamhetschef     |
| Integritet          | Behörighetskontroll   | Årlig    | Kvalitetsutvecklare |
|                     | Loggkontroll          | Tertial  | Kvalitetsutvecklare |

Egenkontroll som verktyg ger förutsättningar för att upptäcka och förebygga brister samt kontrollera lagefterlevnad. De egenkontroller inom patientsäkerhetsområdet som utförts under 2023 är:

- Loggkontroll - Journalsystem - Sker tertialvis.
- Behörighetskontroll - Journalsystem – Granskning av rätt satt behörigheter samt åtkomster. Sker årsvis.
- Journalgranskning:
  - a) *Suicidriskbedömningar*
  - b) *Vårdplan*
  - c) *Barn som anhöriga*

## Egenkontroll - Suicidriskbedömningar

### Identifiering och analys av resultat:

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 är ej utförd under 2023 och strukturer för egenkontroll behöver ses över.

**Åtgärder:** Ny egenkontroll utförs 2024. Struktur för egenkontroll upprättas.

**Uppföljning av åtgärd:** Ny egenkontroll utförs 2024. Struktur för egenkontroll upprättas med tydligare uppföljning.

## Egenkontroll - Vårdplan

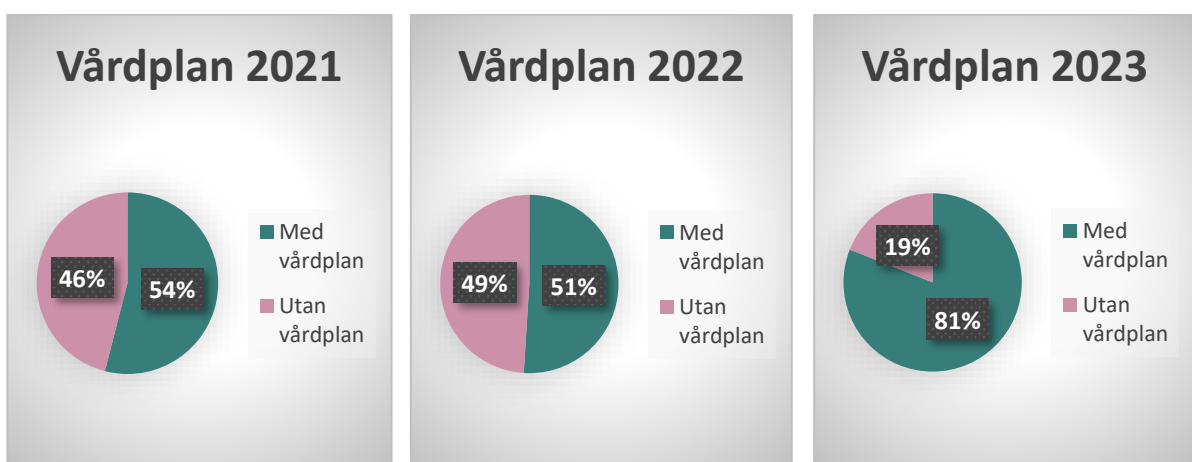
### Identifiering:

Sedan 2021 genomförs en stickprovsgranskning avseende vårdplan. Syftet är att ge en bild av hur många patienter med påbörjad behandling (minst fem besök på mottagningen) som har en vårdplan upprättad. Målet är att samtliga personer som genomgått en behandling ska ha en vårdplan.

2021 var siffran 54 %. Den gällde då endast fem av behandlingscentren, då ett center hade ett annat arbetssätt och först under slutet av 2022 börjat arbeta med vårdplaner.

2022 sjönk antalet något där 51 % av de patienter som ingick i journalgranskningen hade en vårdplan upprättad.

2023 följdes vårdplansmålet upp tydligare och olika satsningar har ägt rum för att stimulera till ökad andel vårdplaner.



### **Analys av resultat:**

Resultatet redovisas här på avdelningsnivå men skiljer sig mellan behandlingscentren vilket kan bero på lokala förutsättningar. Det goda arbetet med att följa upp och skapa goda förutsättningar har ger positivt resultat.

### **Åtgärd:**

Det låga resultatet under tidigare år kan härledas till flera orsaker. Själva journalsystemet har haft en mindre fungerande vårdplansmodell som det varit svårt att få ut resultat ur. Uppföljningen har därför varit komplicerad. Den minskning som ägde rum 2022 kan förklaras av att en behandlingsverksamhet med lågt antal vårdplaner som tidigare haft en annan placering inom organisationen börjat inkluderas i uppföljningen.

Ett nytt digitalt stöd, en vårdplansmodul, infördes vid slutet av året för att kunna förenkla vårdplansarbetet. Till detta infördes nya rutiner samt en annan uppföljningsmodell. Resultatet återkopplas till verksamhetschefer samt avdelningschef, verksamhetschefer samråder kring orsaker till avsaknad av vårdplaner. Det goda arbetet kommer fortsätta under 2024.

### **Uppföljning av åtgärd:**

Antal patienter i behandling med vårdplan upprättad kommer följas under 2024.

## **Egenkontroll - Närståendestöd**

### **Identifiering**

#### *Antal patienter med barn*

Egenkontroll har utförts genom att mäta hur många vuxna patienter som får frågan om de har barn, antal barn som anhöriga som deltagit i någon form av stödverksamhet, hur många föräldrar som deltagit i föräldrastödjande insats och hur många omsorgsgivarsamtal som utförts.

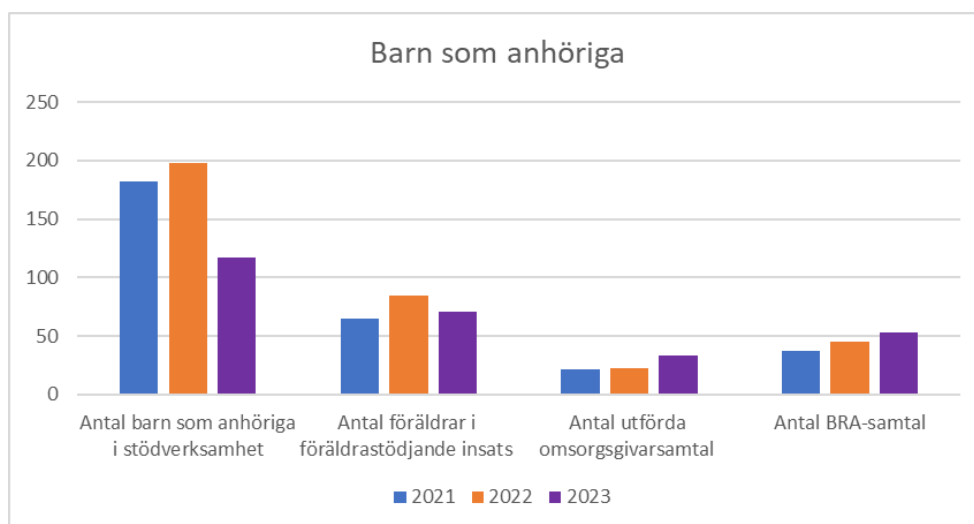
Frågan syftar till att fånga upp barn som anhöriga.

| <b>Sökord i journal</b>    | <b>År</b> | <b>Antal patienter</b> |
|----------------------------|-----------|------------------------|
| <i>Har patienten barn?</i> | 2021      | 574                    |
|                            | 2022      | 552                    |
|                            | 2023      | 462                    |

#### *BRA-samtal och andra stödåtgärder*

Arbetet med att ge stöd till barn som anhöriga har uppmärksammats sedan några år tillbaka. Behandlingscentren följer hur många barn som anhöriga som tagit del av ett samtal med den så kallade *BRA-metoden* (Barns rätt som Anhörig). Behandlingscentrens

stödverksamheter för barn som anhöriga fortsätter att utvecklas vilket syns i det ökade antalet deltagare.



#### *Antal barn i stödverksamhet*

Det ses en minskning av antalet barn under 13 år i gruppverksamhet.

| År   | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|------|------|------|
| Antal barn upp till 12 år som har deltagit i gruppverksamhet | 151  | 119  | 66   |

#### *Antal föräldrar i föräldrastödjande insats*

Antalet föräldrar som får någon form av föräldrastödjande insats har legat på ungefär samma nivå.

#### *Omsorgsgivarsamtal*

Omsorgsgivarsamtal i Uppsala har ökat succesivt.

#### *BRA-samtal*

Behandlingscentren i Malmö, Skövde och Skellefteå utför BRA-samtal. Sedan 2021 finns en succesiv ökning av BRA-samtal.

#### **Analys av resultat:**

Samtliga verksamheter har någon form av metod för att uppmärksamma och ge stöd till barn som anhöriga. Barnens behov fångas upp och identifieras. De fluktuationer som ses

förklaras med variation i hur många patienter som har barn, hur många som vill att deras barn ska delta i barnaktiviteter samt att fler behandlare utbildats i metoder som exv BRA-samtal.

**Åtgärd:** Fortsätta följa arbetet med barn som anhörig och påminna medarbetare om vikten av att uppmärksamma våra patienters barn i syfte att bidra till hälsa.

**Uppföljning av åtgärd:** Vi fortsätter kartlägga vilka former av insatser som erbjuds barn som anhöriga samt vuxna anhöriga samt hur många som deltar i de olika insatserna.

## Egenkontroll - Involvering av patienter och deras närstående i verksamhetsutvecklingen

### Identifiering - antal delaktighetsprojekt

Tre kvalitativa delaktighetsprojekt har genomförts, varav ett i samverkan med Röda Korsets Högskola, som involverat patienter och närstående i utveckling av verksamheten:

- *Mitt hjärtas syster del II*, har involverat kvinnliga patienter på samtliga center genom fokusgrupper för att lyfta kvinnors upplevelse av behandlingen och stärka genusperspektivet i våra verksamheter. Denna blev klar 2023.
- *Peer-support*. Förarbetet för projektet att införa en kamratstödande yrkesfunktion har pågått under året. Projektstart sker under 2024.
- *Behovsundersökning av tillgänglighet för papperslösa*. Intervjuer med papperslösa. Målsättningen var att fånga in vilka insatser och vilket stöd som personer i papperslöshet upplever sig vara i behov av. Resultatet kommer användas för att utveckla och förbättra den egna verksamheten.

**Analys av resultat:** Samtliga projekt bidrar med insikt i brukarperspektivet och bidrar till verksamhetsutveckling. Resultaten sprids till alla behandlingscenter, även i de fall där inte alla medverkar.

**Åtgärd:** Rapporterna har presenterats för samtliga medarbetare vid avdelningsgemensamma webinarium, samt för avdelningens ledningsteam vid flera tillfällen. Verksamheterna arbetar vidare med studierna och utformar insatser utifrån de resultat som framkommit hittills.

**Uppföljning av åtgärd:** vi genomför en avdelningsövergripande kartläggning av insatser som stärker patienternas delaktighet i sin behandling.

# 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. 1 §, 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 finns 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.

Alla verksamheter har de organisatoriska förutsättningar som behövs för att ge utrymme till att samtala och reflektera över avvikelser. Samtliga verksamheter har skyddsombud eller arbetsmiljöombud som också fungerar som stöd för medarbetaren vid behov.

Till stöd för verksamhetschefer och enheter finns avdelningens kvalitetsutvecklare gällande åtgärder och uppföljning av avvikelser. Kvalitetsutvecklare samordnar kvalitetsarbetet, tar fram statistik till enheterna och ledning, följer upp och återkopplar resultat samt finns som kunskapsstöd.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds i första hand av ansvarig verksamhetschef för respektive enhet. Under 2023 har det inte förekommit någon händelse som lett till en allvarlig vårdskada.

## **Händelseanalys, Lex Maria och Lex Sarah**

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. Resultat av händelseanalys och åtgärder som ska



vidtas för att minska risken för att likande händelse inträffar igen återkopplas till verksamheten för att skapa lärande.

Ett särskilt område är svårigheten att initiera utredning enligt Lex Sarah. Missförhållanden hos annan aktör gällande omsorgssvikt kan inte initieras av enheten själv utan kan endast påtalas till den aktör där misshållandet äger rum.

### Antal 2023

- Ingen vårdskada som angetts enligt lagen om Lex Maria.
- Tre händelser har initierat en händelseanalys - ingen av dessa har gått vidare till anmälan enligt Lex Maria.
- En avvikelse har lyfts vidare till IVO gällande händelse hos annan huvudman.

## 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 samsyn av hur olika processer och arbetsuppgifter ska utföras ger mindre utrymme för oönskad variation i hur arbetet utförs. Det i kombination med uppföljning och återkoppling av resultat bidrar till en ökad patientsäkerhet.

Verksamheterna arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra processer och rutiner. En stor del av arbetet utgår från lokala behov och förutsättningar men det finns även avdelningsgemensamma kvalitetssatsningar. På verksamhetsnivå förekommer ofta någon form av samverkan när en person remitteras till behandlingscentret eller vid remittering till vårdgranne. Remissdragning sker via tvärprofessionella möten. Goda exempel om processutveckling från verksamheterna är *Uppsala* som under 2023 tagit fram en process för familjebehandling som kan vara särskilt komplex på grund av att flera familjemedlemmar får hjälp. Ett annat exempel är *Skövde* som tagit fram en process för att hantera stödinsatser i väntan på att huvudbehandlingen ska börja i de fall väntetiden är lång. *Vårdförmedlingen* i Stockholm som möter papperslösa påbörjade

under hösten 2023 en process för att säkerställa patientsäkerhet i hänvisning till annan vårdgivare. Den beräknas klar under 2024.

Utöver mer övergripande processer har säkerställandet av flöden identifierats för att säkerställa omhändertagandet då fler yrkeskategorier behöver samverka. *Våld i nära relation, avvikelshantering* och *vårdplaner* har setts över och förtydligats.

## Säker vård här och nu

*” Hälso- 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.*

Risker som ger påverkan för kvalitet och patientsäkerhet hanteras på olika nivåer i organisationer.

### Riskbedömningar i vårdarbetet

#### Identifierade risker i direkt patientarbete – 1. psykiskt mående

Den största identifierade risken vid behandling av krigsskadade och torterade är att personen avbryter sin behandling och fortsätter må dåligt. Det enskilt viktigaste riskbedömningsinstrumentet gäller suicid, där riskbedömning påbörjas redan innan patienten tagits emot av mottagningen genom remisshanteringsprocessen. Strukturerade suicidriskbedömningar görs med hjälp av standardiserade skattningsinstrument. Dessa görs av psykolog eller psykoterapeut i inledningen av varje behandling. Upprättade åtgärder och handlingsplaner journalförs. Suicidrisker tas upp på behandlingskonferenser.

- Åtgärd – Digitalt stöd

Under 2023 togs en ny vårdplansmodul fram där riskerna kan beskrivas på ett tydligare vis samt i tydligare samverkan med patienten. Implementering sker 2024.

Organisationen kommer fortsätta med stickprov och uppföljning av suicidriskbedömningar.

#### Identifierade risker i direkt patientarbete – 2. 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 – intensivbehandling

Ett pågående utvecklingsområde för att minimera dessa risker är 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 till fler verksamheter.

#### Identifierade risker i direkt patientarbete – 3. Geografiska avstånd

En annan risk är de stora geografiska områdena för vissa center. Behandlingscentret i Skellefteå tar emot patienter från två län och har filialer i Umeå och Luleå. Skövde har filial i Vänersborg. Det kan vara svårt att ta sig till behandlingen och risken att avbryta behandlingen finns på grund av avstånd, dålig tillgång till kollektivtrafik samt dålig ekonomi. För den som har PTSD, panikångest och andra psykiatriska avstånd blir långa resor ytterligare hinder.

- Åtgärd – Ökad digital tillgänglighet

En stor hjälp för dessa är den digital vårdmötestjänst som lanserades under året. Den möjliggör ökad tillgänglighet och flexibilitet för de som har lång väg till behandlingscentret.

#### Identifierade risker i direkt patientarbete – 4. Samordning kring sammansatta vårdbehov

Behandlingscentren för krigsskadade och torterade har identifierat följande övergripande riskområden där vårdskador kan uppstå kring målgruppen; 1. samverkan kring patienten med andra vårdgivare där samordningen inte fungerar fullt ut. Röda Korsets vårdverksamheter uppmärksammar även årligen ett antal risker för vårdskada p.g.a. bristande följsamhet för rutiner och regelverk hos andra vårdgivare. Vid dessa situationer skickas även avvikelser till berörda externa aktörer.

- Åtgärd – Ökad samverkan

Dessa beskrivs närmare i kapitlet *avvikelser*.

## Riskbedömning vid verksamhetsförändringar

Riskbedömningar sker systematiskt inför verksamhetsförändringar och organisatoriska förändringar. Kvalitetsutvecklare ingår som verksamhetsstöd i dessa processer. Under 2023 har följande områden riskbedömts:

- Peer Support – införandet av ny yrkeskategori med patientstödande funktion
- Digitala vårdmöten – ny digital tjänst
- Loggkontroll – framtagande av rutin för granskning av loggar
- Forskningsstudie – samtalsgrupp för våldsutsatta kvinnor

## 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 har gällt den genomlysning av befintligt kvalitetsledningssystem där arbete kring avvikelser och avvikelssystemet sågs som särskilt viktig av enheternas medarbetare. Genomlysningen kan konstatera en viss underrapportering där huvudsakliga skäl berott på vakanser i kvalitetsutvecklartjänsten, samverkan med IT, samt att det befintliga digitala systemet inte varit användarvänligt för medarbetarna. Ett antal åtgärder har vidtagits efter denna genomlysning.

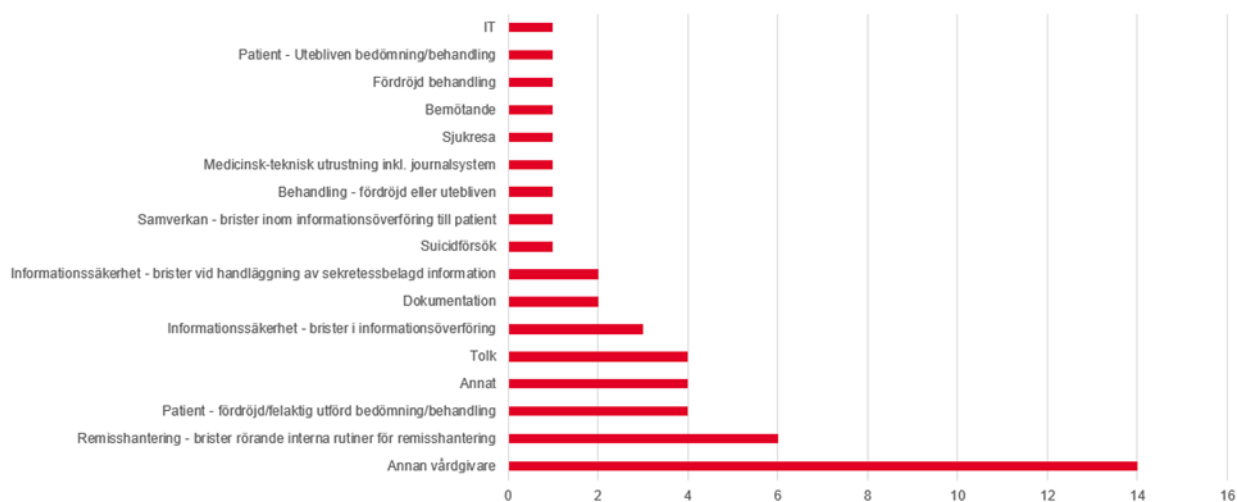
Ett förbättringsområde för 2024 är att införa ett mer ändamålsenligt digitalt verktyg för att underlätta rapportering och uppföljning av avvikelser. Att enklare få ut statistik och en tydligare återkoppling finns på kravlistan.

## Åtgärder

Tydligare rutiner för uppföljning och återrapportering av avvikelser har införts under året samt ett klargörande av roller vid vakanser, sjukdom och ledighet. Återkoppling av själva avvikelserna sker direkt till medarbetare, ärenden dras på arbetsplatsträffar och statistik redovisas för ledningsteam tertiärt och årsvis för att kunna följa trender. För att ytterligare uppmuntra och stimulera ligger en utbildningsinsats med workshops i patientsäkerhet för verksamheterna i planeringen för 2024. Utbildningsinsatsen påbörjades 2023 för *Uppsala* och löper genom 2024 tills alla enheter fått en genomgång.

## Trender 2023

Under 2023 har det rapporterats 42 avvikelser som berör risker, tillbud och negativa händelser i systemet.



### Trend 1: Annan vårdgivare

Den avvikelse som sticker ut handlar om brist i samverkan med andra vårdgivare vilket förklaras som ett uttryck för målgruppens alldeles särskilda utsatthet samt den medvetenhet som medarbete har kring denna utsatthet. 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, att annan vårdgivare gjort felaktig tolkning av begreppet ”vård som inte kan anstå” vilket påverkat omhändertagandet vid akut somatisk sjukdom samt att patienter fått ett kränkande bemötande i kontakt med vård och socialtjänst.

Liksom andra målgrupper med sammansatta omsorgsbehov gäller i hög grad också de målgrupper som *Hälsa och vård* möter. Personer behöver stöd och hjälpinsatser från olika instanser där samordningen inte alltid fungerar. Exempel på sådana avvikelser är remisser.

Avvikelserna i kategorin kan även förklaras av den marginalisering som patienterna drabbas av. Lågt ställd förväntan på att få hjälp eller rädslan för kränkningar får patienter att avstå eller söka hjälp för sent, även i de fall där patienten har juridisk rätt. Ändrat samhällsklimat och ändrade politiska vindar påverkar också patientsäkerheten där medarbetare uttrycker oro för situationer där patientsäkerheten hotas. Rapportering om bristande bemötande, rasism eller att extern vårdpersonal redan börjat agera utifrån förslag som enbart ligger i utredningsstadium.

- Åtgärd:

Denna situation för patientsäkerheten ses som starkt prioriterad av Svenska Röda Korset. Särskild bevakning av denna avvikelsekategori för att kunna ge tydligare bild och följa trender införs. Tydligare rutiner för samverkan har införts. Vårdförmedlingen i Stockholm som särskilt möter gruppen papperslösa har infört regelbundna samverkansmöten med patientnämnden i regionen. De enheter som har idéburna offentliga partnerskap (IOP) har kontinuerlig kontakt på tjänstepersonsnivå med regionerna de verkar i. Kvalitetsutvecklare bistår enheterna med statistikrapporter där denna del följs särskilt noga.

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

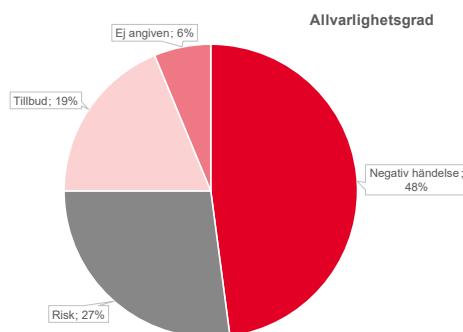
En ökning har skett i antalet avvikelser kring IT-säkerhet, integritet och sekretess. Detta kan förklaras som en omvärldsspeglning av en ökad hotbild i samhället i stort. Svenska Röda Korset har som organisation satsat på frågan och gjort en genomlysning av säkerheten samt haft utbildningar under 2023. Dessa satsningar har lett till en ökad medvetenhet hos medarbetare vilket återspeglas i avvikelsestatistiken.

- Åtgärd:

Fortsätta den positiva trenden med att stärka rutiner kring dataskydd och IT-säkerhet. Genomlysning av rutiner och se över svagheter i systemet.

## **Allvarlighetsgrad**

| Allvarlighetsgrad | Antal     |
|-------------------|-----------|
| Negativ händelse  | 23        |
| Risk              | 13        |
| Tillbud           | 9         |
| Ej angiven        | 3         |
| <b>Totalsumma</b> | <b>48</b> |



## Klagomål och synpunkter

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

### Beskrivning av det systematiska arbetet kring klagomål och synpunkter

Patienter och närstående kan inkomma med klagomål och synpunkter på vården till en digital brevlåda för klagomål, genom öppna frågor i patientenkäten eller direktkontakt med verksamheten. De flesta synpunkter och klagomål tar patienten upp direkt med verksamheten och det är sällan klagomål inkommer anonymt. När klagomål inkommer till verksamheten hanteras det i direkt dialog med inblandade.

### Antal formellt inlämnade ärenden 2023

Inget ärende har inkommit i den digitala brevlådan under året.

### Orsaker

Det kan självkritiskt ifrågasättas varför frekvensen är låg. Ett flertal skäl kan ges som förklaring. Dels fångas klagomål upp direkt i det behandlande arbetet och hanteras lokalt. Gruppen papperslösa är dock en mycket utsatt grupp på grund av juridisk status. Att inte veta eller känna till sina rättigheter som patient, att som papperslös ha ett starkt behov att hålla sig dold kan bidra. Språk kan inverka om information är skriven på svenska. Praktiska skäl kan vara att brevlådan inte är tillräcklig känd hos patienterna. I arbetet med utsatta grupper är det särskilt viktigt att säkerställa kanaler för patientgruppen att komma till uttryck.

### Åtgärder:

Att kontinuerligt stärka målgruppens rättigheter är en del av utvecklingsarbetet och åtgärd för att öka under 2024.

Digital brevlåda har fått en annan placering men dess existens behöver kommuniceras ut. Det behöver tas fram material kring denna funktion och materialet behöver översättas till olika språk. Enkla åtgärder som att ha pappersblanketter och information i väntrum på flera språk kan vara till nytta. Ett annat exempel är att ta fram frankerade och tryckta brev där adressaten är kvalitetsutvecklare och inte 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.”*



### Omvärldsanalys

Övergripande omvärldsanalyser sker inom organisationen där trender och samhällsliga skeenden analyseras och riskbedöms. Detta för att kunna planera verksamheten utifrån detta.

Ett digitalt riskbedömningsinstrument infördes för att hantera övergripande risker för organisationen i stort så väl som inom vårdområdet. Risker som i sin tur även har bäring på patientsäkerhet och kvalitet på respektive vårdenhet. Bedömningar görs av demografisk utveckling och politiska skeenden, finansiella risker som kan hota verksamheten identifieras och hanteras, legala risker som att inte ha tillräcklig efterlevnad till rådande regelverk, förtroenderisker, operativa risker som bristande tillgång till IT-system och integritetsrisker. Riskerna poängsätts och åtgärder för att förebygga riskerna sätts in.

### Informationssäkerhet

En särskild riskbedömning som skedde under året gäller den informationssäkerhetsklassifikation som beskrivits i kapitel *informationssäkerhet*. Ett aktuellt område gällde avvikelshantering där manuella rutiner togs fram för att hantera driftsstopp.

### Lagefterlevnad

I en föränderlig omvärld blir lagbevakning gällande Hälso- och sjukvårdssektorn viktig. Den sker med hjälp av en digital tjänst som införts under 2023. Kvalitetsutvecklare följer löpande lagändringar där de relevanta förändringarna för området presenteras för ledningsteamet. En särskild tjänsteperson i staben med uppdrag att arbeta med påverkansarbete följer remisser och kommande förslag.



## MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2024 år arbetar vi med följande mål inom respektive fokusområde för att nå en säkrare vård. Dessa knyts till de områden som beskrivits i patientsäkerhetsberättelsen.

|                                  |  |                       |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| <b>En god säkerhetskultur</b>    | En årlig mätning av patientsäkerhet och kulturfrågor tas fram och genomförs inom avdelningen | HR                    |
|                                  | Indextal tas fram  | HR                    |
| <b>Mångfald och inkludering.</b> | Handlingsplan tas fram   | Avdelningschef och HR |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Delaktighet – patienten som medskapare</b> | Patientenkät utgår och annan mätmetod som är bättre anpassad för målgruppen tas fram  | Kvalitetsutvecklare   |
|   | Behovsundersökning från 2023. Handlingsplan tas fram i enlighet med resultatet        | Vårdförmedlingen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verksamhetschef</li> <li>• Projektanställd</li> </ul> |
|   | Peer Support - gå vidare med implementering.<br>Modellen testas i Göteborg och Skövde | Verksamhetschef:<br>Göteborg och Skövde   |

|  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| <b>Tillförlitliga och säkra system och processer</b> | Upphandling av nytt avvikelssystem enligt upprättad projektplan 2023        | Avdelningschef och IT      |
|  | Införande av nytt kvalitetsledningssystem enligt upprättad projektplan 2023 | Kvalitetsutvecklare och IT |
|  | Journalssystem  | Kvalitetsutvecklare        |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Förbättra prestandan kring statistikuttag och för forskningsdatabas |  |
|--|---|--|

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| <b>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</b><br><b>Egenkontroll</b> | Journalgranskning införs.<br><br>Rutiner för egenkontrollprocessen ses över och stärks. | Avdelningschef |
|--|---|----------------|

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| <b>Öka kunskap om inträffade vårdskador</b> | <u>Patientsäkerhetskultur</u><br><br>Alla verksamheter ska ha genomgått framtagna workshop i patientsäkerhet | Kvalitetsutvecklare |
|   | <u>Avvikelser</u><br><br>Följa upp avvikelsen ”annan vårdgivare”   | Kvalitetsutvecklare |
|   | <u>Synpunkter och klagomål</u><br><br>Översyn av befintlig struktur  | Kvalitetsutvecklare |

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <b>Öka riskmedvetenhet och beredskap</b> | Säkra systemavbrott i journalsystem<br><br>Se över manuella rutiner/work-arounds                        | IT<br><br>Kvalitetsutvecklare |
|  | Följa upp identifierade risker i riskbedömningsverktyget samt säkerställa åtgärder satts in och utförts | Avdelningschef                |