

Patientsäkerhetsberättelse för Svenska Röda Korset 2022



Inledning

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.

Allt arbete inom Svenska Röda Korset genomsyras av organisationens sju grundprinciper:

Humanitet, Öpartiskhet, Neutralitet, Självständighet, Frivillighet, Enhet och Universalitet.

Vårt uppdrag är att förhindra och lindra mänskligt lidande var och när det än förekommer

Grundprinciperna genomsyrar även den kultur som finns på arbetsplatsen och bidrar till att medarbetare vågar ifrågasätta arbetsmetoder, komma med synpunkter och lära av fel och misstag vilket är viktiga faktorer för att kunna arbeta med att förbättra kvalitet och patientsäkerheten. Avdelning Hälsa och vård omfattar sex behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) där vård och behandling erbjuds till personer, vuxna och barn-som lider av trauma till följd av krig, tortyr och flyktupplevelser. Utöver det rymmer avdelningen en vårdförmedling som hjälper papperslösa och andra migranter som riskerar att falla utanför samhällets skyddssystem att få vård.



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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	6
Svenska Röda Korsets Styrelse	6
Generalsekreteraren	6
Avdelningschef	6
Verksamhetschef	6
Kvalitetsutvecklare	6
Medarbetare	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
En god säkerhetskultur	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Har vården varit säker	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	13
Säker vård här och nu	14
Är vården säker idag	14
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelser	15
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap	16
MÅL och STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR	17

SAMMANFATTNING

Arbetet hos Svenska Röda Korset (SRK) under 2022 har på flera olika sätt bidragit till vårt patientsäkerhetsarbete. Verksamheterna är centrala, viktiga aktörer för arbetet kring patientsäkerheten och flera olika insatser har genomförts för att stärka vårt patientsäkerhetsarbete. Bland annat så har ytterligare ett chefsled tillsats i verksamheten Vårdförmedlingen. En viktig funktion som ett led i att kunna identifiera och följa upp verksamhetens behov av förbättring och utveckling för att i större utsträckning nå upp till satta krav och mål.

Fortbildning och vidareutbildning för samtlig personal är stående insatser som genomförs under året. Under 2022 har det till exempel genomförts utbildningar i olika traumaspecifika behandlingsmetoder för våra psykologer samt traumaspecifika utbildningar för fysioterapeuter.

Området våld i nära relationer har lyfts ytterligare inom vårt arbete under året och en ny rutin har tagits fram i relation till detta. SRK arbetar ständigt med att ta fram och implementera relevanta rutiner. Under 2022 har verksamheterna även tagit fram lokala rutiner för hantering av avvikelser och remissprocesser. En verksamhet arbetar sedan början av 2022 med en ny modell för uppstart av behandling, med målet att snabbare hitta rätt insats för rätt patient, nå symtomlindring och korta kötider.

Barnets perspektiv är ständigt närvarande i våra verksamheter på olika sätt och bland annat har en verksamhet förstärkt sina modeller för arbetsplatsträffar för att säkerställa olika patientfrågor, där inkluderat området barn som anhörig.

I ett led att stärka omhändertagandet av patienter som drabbas av kraftiga fysiska symtom kopplat till sina traumabesvär har verksamheten investerat i hjälpmedel för att på ett mer säkert sätt kunna omhänderta patienterna i en sådan situation.

Några områden som identifierats under året som aktuella för det fortsatta övergripande patientsäkerhetsarbetet är digitalisering och informationssäkerhet. Under 2022 har SRK genomfört ett projekt med kartläggning kring behov vid digitala patientmöten. Verksamheten har även genomfört en kartläggning av andra relevanta digitaliseringsbehov och sammanställt dessa i en effektkarta som används som utgångspunkt i verksamhetsplaneringen framåt.

Avslutningsvis, en utmaning under året har varit att få kontinuitet i det övergripande arbetet då uppdraget som kvalitetsutvecklare varit vakant under delar året.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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 arbeta på ett systematiskt sätt för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. Det är ett processorienterat arbetssätt där vi strävar mot att vara en lärande organisation. Kunskapsutveckling sker genom att prova nya idéer utifrån faktabaserade beslut och dela med sig av goda erfarenheter och lärdomar från identifierade brister. Under 2022 arbetade avdelningen utifrån följande strategier och mål.

Strategi: Vi förbättrar och utvecklar processer och rutiner baserat på faktabaserad kunskap och identifierade risker.

För att ha pålitliga och säkra system och arbetsprocesser arbetar vi kontinuerligt med utveckling och anpassning. Mottot är att det ska vara ”lätt att göra rätt”. Förbättringsarbetet utgår från styrdokument, identifierade risker, förändringar i samhället och omvärlden som påverkar våra patienter och verksamheter, samt utveckling av teknik.

Mål: vi arbetar med strukturerade suicidriskbedömningar.

Mål: vi har säkra system för hantering av patienters personuppgifter.

Strategi: Vi arbetar med patienters och närståendes delaktighet.

Vi strävar mot att involvera patienten i det enskilda behandlingsarbetet och i utveckling av verksamheten. Vi arbetar även med att uppmärksamma närståendes behov och perspektiv.

Mål: patienter som påbörjat behandling ska ha en vårdplan upprättad.

Mål: vi uppmärksammar och erbjuder vuxna och barn som närstående stöd.

Mål: vi involverar patienter och närstående i verksamhetsutvecklingen.

Strategi: Vi arbetar med kontinuerlig kompetensutveckling.

En förutsättning för vård av god kvalitet är kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att utveckla sin kompetens. Genom att säkerställa yrkeskompetens kan vi tillgodose att medarbetare erbjuder en trygg och säker vård.

Mål: vi arbetar med behandlingsmetoder baserade på evidens och beprövad erfarenhet.

Organisation och ansvar

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

Nedan beskrivs roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på 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.

Generalsekreteraren

Generalsekreteraren verkställer riksstämmans och styrelsens beslut. För att leda och genomföra beslutad verksamhet har generalsekreteraren följande tjänstepersonsstruktur:

Avdelningschef

Avdelningschef för avdelning Hälsa och vård 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.

Verksamhetschef

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.

Kvalitetsutvecklare

Tillsammans med avdelningschef och verksamhetschefer utvecklar och upprätthåller kvalitetsutvecklare verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Bedömer vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att vården som bedrivs uppfyller gällande krav och mål, utarbetar rutiner samt genomför egenkontroller.

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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan för att förebygga vårdskador sker inom olika processer och på olika nivåer. På verksamhetsnivå förekommer ofta någon form av samverkan när en person remitteras till behandlingscentret (RKC) eller vid remittering till vårdgranne. Samverkan sker i störst utsträckning med psykiatri och primärvården. Det är även en stor andel av patienterna på RKC som har kontakt med elevhälsan och socialtjänsten. Behandlingscentren vittnar om att många patienter som har insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården har behov av att få insatserna samordnade i en samordnad individuell plan (SIP) men de ser också att det brister i arbetet med att upprätta SIP. Erfarenheter från verksamheterna visar på olika faktorer som bidrar till bristerna. Dels kan det bero på att Röda Korset inte har samma IT stöd för SIP kallelse som regionerna/kommunerna och/eller att RKC inte definieras som en vårdgivare som likställs med en offentligt finansierad vårdgivare. Det kan resultera i att RKC förbises vid upprättandet av en SIP. En annan viktig faktor som kan ha en inverkan är formuleringar i lagstiftningen¹ om samordnad individuell planering. I patientlagen² framgår att en SIP ska upprättas om *en enskild har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten* dock gäller detta endast för hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller kommun som huvudman³. Formuleringarna begränsar det lagliga utrymmet för Röda Korsets behandlingscenter att själva kalla till samordnad individuell planering. Flera behandlingscenter har dialoger med de regioner de verkar i för att förtydliga arbetsprocessen kring SIP. Att förtydliga arbetet med SIP kan även bidra till en ökad samverkan gällande patienter som blir utskrivningsklara från slutenvårdspsykiatri. Även här vittnar behandlingscentren om brister och att risker för vårdskador kan uppstå när uppföljning efter utskrivning uteblir⁴.

De som besöker Vårdförmedlingen är individer som redan 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 anstå⁵. Vårdförmedlingens främsta samverkansprocessen är läkarmottagningens uppföljning av remissvar.

”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. Detta riskerar att skapa en ojämlig vård, och ytterst risker för patientsäkerheten.”

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsarbete sker i samverkan med organisationens IT enhet. Arbetsprocesser och rutiner för att främja en hög informationssäkerhet ses över och utvecklas i takt med att brister och risker identifieras eller om det krävs av nya föreskrifter och lagstiftning. Arbetet kan delas in i tre huvudområden; hantering av patientuppgifter, riskhantering och IT säkerhet. Som en gemensam samverkansplattform i IT frågor inom SRK har ett IT-styrningsråd formaliserats där aktuella frågor inom området lyfts och prioriteras. I rådet sitter en representant ifrån varje avdelning.

1 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap § 4; 2 kap § 7; Patientlagen (2014:821) 1 kap. 2 §

2 Patientlagen (2014:821) 6 kap. 4 §

3 Patientlagen (2014:821) 1 kap. 2 §

4 Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612)

5 Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (2013:407)

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Verksamheterna inom avdelningen strävar mot att skapa en 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. Tre gånger per år genomförs en medarbetarenkät som bland annat inkluderar frågor om relation till sin närmaste chef, arbetsplatsens fysiska och psykosociala miljö, och samverkan inom och utanför gruppen.



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



Adekvat kunskap och kompetens

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 tillgodoses kontinuerligt och utgår i första hand från teamets förutsättningar och behov. Målet är att bygga en bred kompetens kring traumabehandling och kunna erbjuda flera behandlingsmetoder till patienterna. Minimum nivån är att samtliga behandlare på mottagningen ska ha kompetens att utföra de behandlingsmetoder som rekommenderas vid posttraumatisk stress. Under 2022 har det genomförts vidareutbildning inom validerade behandlingsmetoder för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Samtliga verksamheter erbjuder olika former av handledning (ex metodhandledning, yrkeshandledning) med syfte att medarbetare ska få möjlighet att utvecklas professionellt och få stöd i det vardagliga arbetet. Det har även genomförts utbildning inom området tortyrskadeutredningar, HLR samt rasism och diskriminering. För att främja kunskapsutveckling finns det



även etablerade strukturer för frukostseminarium, bokcirklar, peer-review arbete, webinarium med forskningsföreläsningar och kunskapsspridning av utvecklingsprojekt. Svenska Röda Korset har även etablerat ett Kompetenscenter med uppdrag att stärka kunskapsomhändertagandet, både utifrån ett forskningsperspektiv och med ett verksamhetsutvecklande fokus.

Exempel på genomförda utbildningsinsatser 2022

BRA metoden (barns rätt som anhöriga).

IP- utredningar
(tortyrskadeutredning enligt Istanbulprotokollet)

EMDR

Prolonged exposure

Tension, stress, and trauma release.

TMO (trauma medveten omsorg)

Traumafokuserad KBT

Förebyggande suicidarbete

Fördjupning i traumafokuserad fysioterapi

Patienten som medskapare

Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och behandlingen så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheterna arbetar med patientdelaktighet 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. Dels på en strukturell nivå i utformandet av vården. Avdelningen genomför vartannat år en patientenkät med syfte att få en bild av patienters upplevelse av kvalitén på vården. Resultatet från patientenkäten kan påvisa områden där det finns förbättringspotential och eventuella risker kan identifieras⁶.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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. Här redovisas det fortlöpande förbättringsarbetet under 2022 utifrån en arbetsprocess som innehåller följande steg: identifierat mål, resultat, analys, åtgärder och uppföljning.⁶



- **Mål: vi dokumenterar suicidriskbedömningar i enlighet med fastställd rutin.**

Identifiering och analys: Under förra året genomfördes en journalgranskning gällande följsamheten till 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.

Åtgärder: Under året har samtliga verksamhetschefer arbetat med information och implementering av suicidriskbedömningsrutinen i sina team.

Uppföljning: ny egenkontroll utförs 2023.

- **Mål: patienter som har påbörjat behandling ska ha en vårdplan upprättad.**

Resultat: Det har, liksom 2021, genomförts en journalgranskning som inkluderat stickprov från samtliga behandlingscenter. Syftet var att få en bild av hur många patienter med påbörjad behandling (minst fem besök på mottagningen) som har en vårdplan upprättad. Det avdelningsgemensamma resultatet visar att 51 % av de patienter som ingick i journalgranskningen hade en vårdplan upprättad.



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. Om man endast har med samma fem center som förra året är andelen patienter med vårdplan 61 %.

⁶ Midenjak & Cedervret, *Ett brukarperspektiv på betydelsefulla och motiverande faktorer till att fullfölja behandling* (2021); StAubin & Westerberg, *Att förebygga avbrott: en undersökning om orsaker till avbruten behandling på en hälso- och sjukvårdsmottagning* (2021); Gunnarsson & Petersson, *Betraktelser från en patientgrupp* (2021); Eldebo, *Tortyrskadentredning enligt Istanbulprotokollet: En kvalitativ studie om tortyröverlevares upplevelse av att utredas* (2020).

Analys av resultat: Resultatet redovisas här på avdelningsnivå men skiljer sig mellan behandlingscentren vilket kan bero på lokala förutsättningar. Trots arbete med implementering under året ser vi endast en mindre ökning av andelen patienter som har vårdplan. Vi ser fortsatt skillnader där center med många nya medarbetare har färre vårdplaner, men kan också se i en mindre genomgång vid ett center att de patienter som saknar vårdplan ofta är de som lever i kaotiska situationer eller har en problematik som gör det svårt att göra en planering.

Åtgärd: Resultatet återkopplas till verksamhetschefer samt avdelningschef, verksamhetschefer samråder kring orsaker till avsaknad av vårdplaner och hur vi kan öka följsamheten, och fortsätter implementering och uppföljning på enheterna.

Uppföljning: Antal patienter i behandling med vårdplan upprättad kommer även att följas under 2023.

- **Mål: vi uppmärksammar och erbjuder vuxna och barn närståendestöd.**

Resultat: Vi utför egenkontroll på hur verksamheterna arbetar med att efterleva hälso- och sjukvårdens ansvar för barn som är anhöriga¹. 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 utförts⁷. Vi har även följt hur många barn som anhöriga som tagit del av ett samtal med den så kallade BRA metoden (Barns rätt som Anhörig).

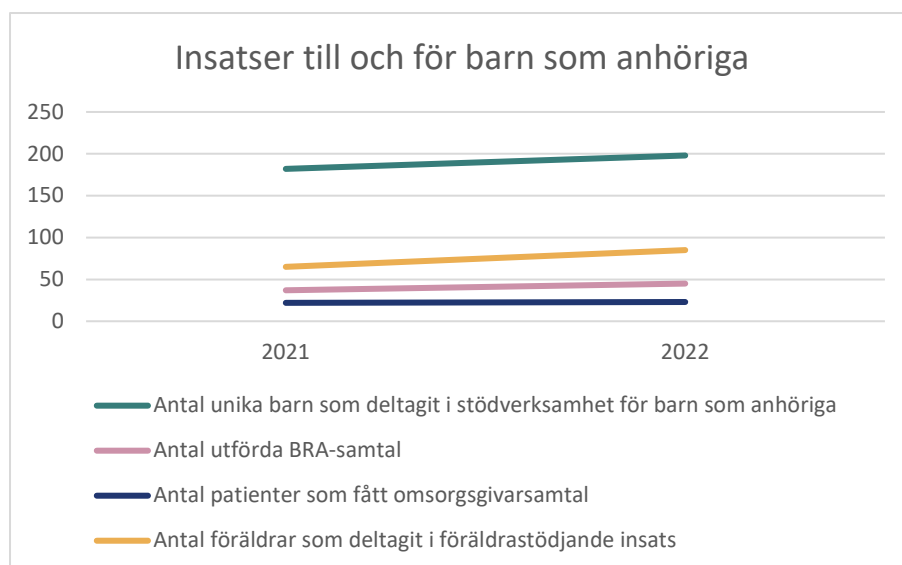
Sökord i journal	År	Antal patienter med dokumentation
Har patienten barn?	2020	572 st
	2021	574 st
	2022	552 st

Analys av resultaten: arbetet med att uppmärksamma och ge stöd till barn som anhöriga har varit i fokus sedan några år tillbaka och fortsätter vara det. Stödverksamheten för barn som anhöriga fortsätter att utvecklas vilket vi ser i det ökade antalet deltagare. Behandlingscentren i Malmö, Skövde och Skellefteå har medarbetare som är utbildade i metoden BRA samtal och behandlingscentret i Uppsala erbjuder omsorgsgivarsamtal. Vi ser en marginell ökning jämfört med 2021 av BRA-samtal, samt antal föräldrar och barn som deltagit i stödverksamhet.

Åtgärd: Verksamheterna har ett fortsatt utvecklingsarbete kring verksamheterna för anhöriga. Behandlingscentren i Skövde och Skellefteå har i samverkan med Linnéuniversitetet under året använt ett nytt program (MeWe), för unga omsorgsgivare, som syftar till att stärka ungdomar som anhöriga. Behandlingscentret i Skellefteå har under året omvandlat en verksamhetsutvecklingstjänst inom barnverksamheten till en kuratorstjänst för att prioritera direkt stöd till barn och familjer.

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

⁷ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap. 7 §; Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap 5 §⁸
 Utförs endast på behandlingscentret i Uppsala som har yngre barn och familjer i behandling.



- **Mål: vi involverar patienter och närstående i verksamhetsutvecklingen.**

Resultat: under 2022 har flera projekt, varav två i samverkan med Röda Korsets högskola involverat patienter och närstående i frågor om att utveckla verksamheten.

Mitt hjärtas syster, har involverat kvinnliga patienter på samtliga center genom fokusgrupper för att lyfta kvinnors upplevelse av behandlingen och stärka genusperspektivet i våra verksamheter.⁸

Ett pågående forskningsprojekt utvärderar implementering av ett intensivare behandlingsupplägg där deltagarna intervjuas om sina förväntningar och motivation innan behandling och därefter upplevelser och reflektioner efter behandlingen.

En verksamhetsutvecklare har intervjuat pågående och före detta patienter om deras erfarenheter av vården på tre olika behandlingscenter, i syfte att se hur vi skulle kunna utveckla peer support-verksamhet.⁹

Analys av resultaten: Samtliga projekt bidrar med insikt i brukarperspektivet och bidrar till verksamhetsutveckling. Resultaten sprids till alla center, även i de fall där inte alla medverkar. Samtliga projekt fortsätter även under 2023.

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

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

⁸ Mitt hjärtas syster, rapport 2022:1, Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, Linda Jolof, Patricia Rocca, Tommy Carlsson

⁹ Det är bra att ha någon i mitten som inte är i himlen eftersom vi andra är under marken, Rekommendationer för hur den levda erfarenheten, Peer Support kan integreras i Svenska Röda Korsets behandlingscenter, Ruth Gottlieb, 2022

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna. Det ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. Relativt mycket är känt om skador inom somatisk vård men desto mindre inom vård och behandling av patienter med psykisk ohälsa.



Har vården varit säker

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds i första hand av ansvarig verksamhetschef. Under 2022 har det inte förekommit någon händelse som lett till en allvarlig vårdskada. Behandlingscentren har identifierat följande riskområden där vårdskador kan uppstå; stickskador hos patient i samband med akupunkturbehandling, remisshantering, hot och våld på arbetsplatsen, bristande implementering och introduktion av rutiner samt bristande tillgång till journalsystem. Det har även uppmärksammats informationssäkerhetsrisker kring implementering av rutin när patienter har skyddad identitet. Svenska Röda Korsets vårdverksamheter uppmärksammar även årligen ett antal risker för vårdskada pga bristande följsamhet för rutiner och regelverk hos andra vårdgivare. Vid dessa situationer skickas även avvikelser till berörda externa aktörer. Läs mer om förbättringsåtgärder under stycket *Samverkan för att förebygga vårdskador och Riskhantering*.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

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 avdelningssammansatta kvalitetssatsningar. Under de senaste åren har behandlingscentren arbetat med ett gemensamt fokus på att kvalitetssäkra rutiner gällande *suicidriskbedömningar*, *barn som anhöriga*¹¹, *vårdplaner*, *remisshanteringsprocessen*, *tortyrskadeutredningar* samt *hantering av patienters personuppgifter*. Vårdförmedlingen som har ett annat uppdrag än RKC har haft fokus på *arbetsflöden samt rutiner för orosanmälan och hot och våld*.

¹⁰ ibid

¹¹ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap.7 §; Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 5§

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Under 2022 vittnar verksamheterna fortsättningsvis om en negativ trend där de människor som söker vård hos Röda Korset får ett allt sämre stöd från samhällsinstitutioner (Migrationsverket, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialförvaltningen och primärvård). Det leder till ökad frustration och en ökad utsatthet och personerna som är i kontakt med Röda Korsets hälso- och sjukvårdsverksamheter är ofta i mycket dåligt skick. Det kan ta sig uttryck i patienter med försämrat mående och ökad risk för suicidalitet men det kan även ta sig uttryck i aggressivitet och personal utsätts för hot och våldsamma situationer. Under 2022 har även flera verksamheter sett en försämring av det fysiska måendet hos sina patienter med ökade brister i hanteringen av behandling för dessa i den ordinarie vården. En annan utveckling som tagit fart under de senaste åren är den digitala utvecklingen. Verksamheterna använder idag digitala lösningar för att effektivisera och kvalitetssäkra arbetsprocesser i större utsträckning. I och med det uppkommer nya risker och kvalitetsbrister som behöver hanteras.

Riskhantering

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

Säkerhet och trygghet är en grundförutsättning för patientsäkerheten och en bra arbetsmiljö. Under de senaste åren har incidentrapporter som berör hot och våld ökat. Under 2021 har siffran sjunkit och det är nu vi ser att förebyggande insatser är på plats. Verksamheterna har utifrån lokala behov och förutsättningar arbetat med allt från tekniska lösningar till förändring av arbetssätt och nya rutiner. Några av de nya arbetssätten fungera både som trygghetsskapande insats och som förstärkande insats för att uppmärksamma nya patienter med riskfaktorer.

Vårdförmedlingen har implementerat de läkemedelslistor som togs fram 2021, och innehåller bildstöd för att minska risken för missförstånd vid läkemedelsförskrivning och. Verksamheten arbetar även med RETTS¹² och Region Stockholms hänvisningsstöd vid bedömning av patienter. Detta bidrar till förbättrad prioritering och hänvisning till rätt vårdnivå. Avdelningen har även arbetat med att förebygga informationssäkerhetsrisker. Det har införts nya tekniska verktyg för att skicka krypterad e-post samt verktyg som gör det möjligt att dela dokument med sekretessbelagda uppgifter på en säker samarbetsyta. Verksamheterna har även fortlöpande under 2022 arbetat med att hantera risker relaterade till Coronapandemin. Varje verksamhetschef har utifrån lokala förutsättningar och regionens rekommendationer, anpassat rutiner för att bibehålla en god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet. Flera åtgärder som infördes under 2020 fortsatte under 2022, däribland att erbjuda digitala vårdmöten och andra digitala insatser till patienter och anhöriga.

Förbättringsåtgärder för ökad säkerhet och trygghet år 2021.

- Två verksamheter har infört nytt överfallslarm.
- Några verksamheter provar att genomföra bedömningssamtal med två behandlare.
- Det genomförs en mer strukturerad bedömning av remiss för att bedöma risk för utåtagerande/ suicidalitet.
- Det finns en beredskapsplan för konflikter (mellan patienter/ besökare)
- Sett över rutinen för insläppande av besökare.
- Översyn av väntrum för att minimera risker för skador då barn befinner sig i väntrummet.

12 Rapid emergency triage and treatment system.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande förbättringsarbetet. När resultat används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvalitet och säkerhet ökar och risken för vårdskador minskar. Ambitionen är att förbättringsarbetet ska utgå från avvikelserapporter, Lex Maria, klagomål samt egenkontroll. Det ger ett underlag för att prioritera var förbättringsåtgärder ska vidtas. Vårdförmedlingen möter i sitt dagliga arbete personer som har rätt till vård men som har nekats vård av den offentliga vården, detta i sig utgör en patientsäkerhetsrisk. Sedan 2020 har Vårdförmedlingen inlett samverkan med Patientnämnden i Stockholm för att rapportera ärenden där papperslösa nekats vård av offentliga vårdgivare. Vårdförmedlingen sammanställer ärenden och lämnar in rapporter tre gånger per år vilket bidrar till regionens analysarbete. De inrapporterade ärendena fungerar även som en kommunikationskanal för att ge en röst åt papperslösa personer i det regionala patientsäkerhetsarbetet. Vårdförmedlingen har även påbörjat ett arbete för att ta reda på hur deras insatser med att informera individer de möter om sina rättigheter påverkar individens möjligheter i kontakt med den ordinarie vården.



Avvikelser

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

Rutiner för avvikelshantering och Lex Maria finns som delar av kvalitetsledningssystemet och de är tillgängliga för samtliga medarbetare. Rutinerna hålls uppdaterade efter gällande lagstiftning av avdelningens kvalitetsutvecklare. Det är 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. Avdelningens kvalitetsutvecklare är ett stöd till verksamhetschefen gällande åtgärder och uppföljning. Alla verksamheter har organisatoriska strukturer på arbetsplatsen som ger utrymme att samtala om avvikelser. Målet är att en avvikelserapport ska bidra med kunskapsåterföring till förbättringsarbetet. Samtliga verksamheter har skyddsombud eller arbetsmiljöombud som fungerar som stöd för medarbetaren vid behov. Ett förbättringsområde är att implementera ett mer ändamålsenligt digitalt verktyg för att underlätta rapportering och uppföljning av avvikelser. Under 2022 har det rapporterats 42 avvikelserapporter som berör risk för negativ händelse som kan leda till vårdskada eller negativ händelse som medfört vårdskada. Fem av dessa har berört brister med tillgång till journalsystemet, varav en var av allvarigare karaktär i form av en extern digital gisslanattack mot leverantören. Utöver avvikelserapporterna i det interna systemet upprättas avvikelser som berör tolksamtal separat. De rapporteras och följs upp direkt med leverantörer av tolktjänster. Bra kvalitet avseende tolktjänster utgör en viktig grund i vårt arbete. Alla verksamheter har en aktiv dialog med leverantörerna för att kunna upprätthålla en god och säker vård med hög kvalitet. Tio avvikelser har även handlat om brister hos andra vårdgivare, dessa har rapporterats till berörda vårdgivare och hanterats tillsammans med dem. Det har även inkommit sex incidentrapporter som berör risker och händelser som drabbat medarbetare relaterat till arbetsmiljön. I tabellen nedan redogörs för riskområden med flest eller allvarligast avvikelser samt genomförda förbättringar.

” Det är viktigt att genomföra patientsäkerhetsarbete på en strukturell nivå. Det handlar aldrig om att peka på enskilda medarbetares misstag utan att lyfta vilka strukturella förbättringar vi behöver göra som arbetsgivare, vårdgivare och organisation ”

Riskområde	Antal avvikelserapporter	Genomförda förbättringar 2022
Bristande tillgång till journalsystem	5	Avdelningsnivå: Det har påbörjats ett arbete för att se över alternativ till leverantör av journalsystem. Krav har ställts på uppdaterade säkerhetsrutiner hos nuvarande leverantör.
Remissshantering	8	Verksamhetsnivå: Översyn av rutin för remisshantering har gjorts samt säkerställande att nyanställda erhåller adekvat introduktion till gällande rutin. Tillägg har gjorts för aktuella uppgifter gällande patient i mall för remiss (samtycke vårdnadshavare, kontaktuppgifter etc).
Digitala vårdmöten	2	Avdelningsnivå: En kartläggning har gjorts gällande behov vid digitala möten. Ett fortsatt utredningsarbete ska ske under nästkommande år.
Hantering av personuppgifter vid skyddad identitet	2	Verksamhetsnivå: Förstärkta rutiner för introduktion till nyanställda kring den administrativa hanteringen av patienter med skyddad identitet

Klagomål och synpunkter

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

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.

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.

Röda Korset är en del av Sveriges krisberedskap och har som uppdrag att stödja och samverka med myndigheter och andra aktörer i krissituationer. Vi arbetare utifrån den handlingsplan vi tog fram inom avdelning Hälsa och vård under 2021: *Handlingsplan för avdelningens roll i hälso- och sjukvård vid kriser och väpnade konflikter*. Handlingsplanen utgår från organisationens rapport *Svenska Röda Korsets roll i hälso- och sjukvård vid kriser och väpnade konflikter (2021)*.

Centrala slutsatser i handlingsplanen är att i händelse av kriser och väpnad konflikt behöver behandlingscentren ha en beredskap för att kris eller konflikt kan leda till akut stress dvs. ökade behov



av stabiliserande insatser och normalitet i en onormal tillvaro för de personer som får behandling på RKC.

För Vårdförmedlingen gäller det att ha en beredskap om ett högt inflöde i den ordinarie offentliga vården skapar en undanträngningseffekt. Det kan leda till att Vårdförmedlingens målgrupper får svårare att få hjälp i den offentliga vården och trycket på verksamheten ökar – något som vi såg exempelvis under pandemin och nu även under konflikten i Ukraina, där vi under året utökade Vårdförmedlingens verksamhet för att kunna möta ett ökat antal samtal kopplade till tillgång för vård för personer som flytt Ukraina. Inför en stundande flytt av Vårdförmedlingen har man även sett till att de nya lokalerna är anpassade för ett med flexibelt arbetssätt. Detta för att man i händelse av kriser eller ett kraftigt ökat antal patienter enkelt ska kunna skala upp verksamheten.

Avdelning Hälsa och vård driver även Röda Korsets webbhubb för psykisk hälsa, som ett sätt att finnas enkelt tillgängliga för många personer. Webbhubben ger också möjlighet till att snabbt nå ut med information och stöd i krissituationer – och vi har under året kontinuerligt lagt in material för att ge råd, stöd och information till personer som drabbats av oro kopplat till konflikten i Ukraina. Faktatexter och filmer kvalitetssäkras av personal på våra behandlingscenter.

En förutsättning för god beredskap är samverkan på både nationell och regional nivå. Röda Korset har sedan flera år tillbaka en väletablerad samverkan med Socialstyrelsen gällande organisationens roll vid kris och väpnade konflikter. Det finns även upparbetade samverkansformer med Socialdepartementet, de regionerna där vi bedriver hälso- och sjukvård och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

MÅL och STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under kommande år arbetar vi med följande mål inom respektive fokusområde för att nå en säkrare vård:

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Mål: undersöka ett mer ändamålsenligt IT-baserat stöd för att underlätta rapportering och uppföljning av vårdskador. Säkerställa att samtliga verksamheter genomför avvikelserapportering.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Mål: ta fram och implementera kvalitetssäkrade rutiner med fokus på processer där patientsäkerhetsrisker och/eller kvalitetsbrister uppmärksammas.

Mål: vi säkerställer ett tillförlitligt journalsystem

Mål: vi identifierar behov för att kunna genomföra adekvata digitala möten

Säker vård här och nu

Mål: det finns en avdelningsövergripande kompetensutvecklingsplan för behandlingspersonal.

Stärka analys, lärande och utveckling

Mål: vi återkopplar och vidtar åtgärder utifrån egenkontroller, avvikelserapporter och klagomål.

Mål: vi har en avdelningsövergripande bild av vilka insatser som stärker patienters delaktighet i behandling.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Mål: vi arbetar med riskanalyser vid införande av nya IT system.

Mål: vi har en uppdaterad och relevant handlingsplan för kriser och väpnade konflikter.