

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
Svenska Röda Korset
Avdelning Hälsa och vård
2025



Datum 2026-02-24

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

<u>SAMMANFATTNING</u>	4
<u>GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD</u>	9
<u>Engagerad ledning och tydlig styrning</u>	9
<u>Övergripande mål och strategier</u>	10
<u>Organisation och ansvar</u>	10
<u>Samverkan för att förebygga vårdskador</u>	13
<u>Informationssäkerhet</u>	17
<u>Strålsäkerhet</u>	20
<u>En god säkerhetskultur</u>	20
<u>Adekvat kunskap och kompetens</u>	26
<u>Patienten som medskapare</u>	29
<u>AGERA FÖR SÄKER VÅRD</u>	32
<u>Öka kunskap om inträffade vårdskador</u>	39
<u>Tillförlitliga och säkra system och processer</u>	41
<u>Säker vård här och nu</u>	43
<u>Riskhantering</u>	43
<u>Stärka analys, lärande och utveckling</u>	47
<u>Avvikelse</u>	47
<u>Klagomål och synpunkter</u>	49
<u>Öka riskmedvetenhet och beredskap</u>	50
<u>MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR</u>	52

Sammanfattning

2025 blev för Svenska Röda Korsets avdelning Hälsa och Vård ett år som förenade historiska milstolpar med ett fördjupat och systematiskt arbete för ökad patientsäkerhet. Firandet av 40 år som vårdgivare, 10 år med Göteborgs behandlingscenter, 20 år med vårdförmedlingen i Stockholm och 5 år med kompetenscentret gav både stolthet och styrka – men framför allt en riktning framåt för att utveckla en trygg och säker vård för målgrupper med särskilt komplexa behov.

Samtidigt präglades året av ett omvärldsläge som ökade kraven på patientsäkerhetsarbetet. Förändringar inom migration, sämre tillgång till välfärdsstöd och ökade psykiska och sociala påfrestningar hos patienterna gjorde det tydligt att vårdens kvalitet måste säkras genom robusta system, tydlig styrning och en närvarande säkerhetskultur. Avdelningen fortsatte därför sin övergripande organisationsutveckling för att ytterligare tydliggöra ansvar, mandat och ledningsstrukturer – en grundförutsättning för säker vård.

Det systematiska kvalitetsarbetet förstärktes genom implementering av avvikelssystem, utvecklingen mot ett digitalt kvalitetsledningssystem och tydligare processer för informationssäkerhet, dokumentstyrning och egenkontroller.

Resultaten visar tydliga förbättringar inom flera patientsäkerhetskritiska områden såsom journalföring, suicidförebyggande arbete, identifiering av våld i nära relation, barn som anhöriga samt vårdplanernas kvalitet och delaktighet.

Patientens röst har varit en central del av utvecklingen. Peer-support, samskapad patientenkät och nya former för patientmedverkan har fördjupat möjligheten att ta tillvara erfarenheter och behov i verksamhetsutvecklingen. Resultaten visar att patienter upplever trygghet, gott bemötande och hög delaktighet – indikatorer som i sig är skyddsfaktorer för patientsäker vård.

Även säkerhetskulturen fortsatte att utvecklas positivt. HSE-resultatet ökade från 74 till 79, med särskilt stärkta områden kring lärande efter negativa händelser, trygghet att rapportera risker och upplevelsen av stöd från närmaste chef. Detta är avgörande eftersom en stark säkerhetskultur utgör kärnan i riskmedvetenhet, reflektion och proaktivt agerande i vardagen.

Internationellt stärktes kunskapsutbytet genom utbildningsinsatser i bland annat Armenien, Syrien och Uzbekistan, vilket ytterligare bidrog tillbaka till kvaliteten i den nationella vården.

Under hela året har vi fortsatt att stå fast vid vårt humanitära uppdrag: att erbjuda säker och tillgänglig vård oavsett juridisk status, livssituation eller bakgrund. Med grundprinciperna som kompass och lärdomarna från 2025 i ryggen går vi vidare in i 2026 med en starkt förmåga att möta både dagens och framtidens risker och vårdbehov.

Ulrika Wickman, avdelningschef

Avdelning Hälsa och Vård

Svenska Röda Korsets vård- och behandlingsverksamhet 2025

Svenska Röda Korset är vårdgivare enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30) och *Avdelning Hälsa och Vård* driver behandlingscenter för krigsskadade och torterade och vårdförmedling för papperslösa personer och andra migranter som faller utanför det offentliga skyddsnätet. Tyngdpunkten i arbetet ligger på behandling av patienter och stöd till anhöriga. Utbildning och kunskapsspridning, forskning, påverkansarbete och samverkan med andra aktörer nationellt och internationellt är andra viktiga delar av avdelningens verksamhet.

I uppdraget ingår även att arbeta med förebyggande psykosocialt stöd och i detta syfte finns bland annat *Stödguiden för psykisk hälsa* - en digital plattform med information, råd och övningar för att förstå och hantera oro, stress och andra psykiska påfrestningar. Plattformen vänder sig både till personer som behöver stöd själva och till dem som stöttar andra i utsatta situationer.

Vårdförmedling för papperslösa

Svenska Röda Korsets *Vårdförmedling* för papperslösa och andra migranter som faller utanför det offentliga skyddsnätet har sitt huvudsäte i Stockholm, med en filial i Göteborg sedan 2025. Filialen i Göteborg drivs i samarbete med *Västra Götalandsregionen* och *Rosengrenska Stiftelsen*. 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 skyddsnätet, 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.

På vårdförmedlingen tar anställda sjuksköterskor och kuratorer emot patienter och ordnar mottagningar med frivilliga läkare, fysioterapeuter, psykologer med flera som ger vård. Vårdförmedlingen hänvisar även till gynekologer, farmaceuter, optiker med fler. Utöver direkt patientarbete bemannar vårdförmedlingen en nationell rådgivningstelefon dit vem som helst – patienter, anhöriga, kontaktpersoner, sjukvårdspersonal och frivilliga kan ringa för att få information, råd och stöd i frågor som gäller tillgång till vård och vad som gäller. Vårdförmedlingen arbetar också med kunskapsspridning eftersom kunskapsbrist inte minst hos vårdpersonal är en anledning till att papperslösa inte får tillgång till vård. Här arbetar vi med att ge information, stöd och råd för att på så vis lotsa patienter in i den offentliga vården.

Behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade

På Svenska Röda Korsets fem behandlingscenter för krigsskadade och torterade ges vård och traumabehandling till personer – vuxna och barn – med flykt- eller migrationsbakgrund, som lider av trauma till följd av tortyr, krig eller flyktupplevelser. Stöd ges även till anhöriga med särskilt fokus på barn som anhöriga. Utifrån Röda Korsets grundprinciper *humanitet* och *opartiskhet* tar vi emot personer oavsett deras rättsliga ställning i Sverige.

Regionala skillnader gör att vi anpassar verksamheten utifrån de behov som finns i de regioner där vi verkar men också utifrån hur andra aktörer arbetar och vilka insatser de gör. Det gör att exempelvis åldersgränserna skiljer sig åt mellan våra center, där centret i Uppsala inte har någon åldersgräns utan tar in yngre barn i behandling.

Behandlingsverksamheten utgår från ett multidisciplinärt arbetssätt där vikten av att se hela människan och hennes behov, förutsättningar och önskemål sätts i fokus. Den som utsatts för traumatiska upplevelser såsom tortyr bär ofta med sig ett stort lidande, både fysiskt och psykiskt, där tilliten är skadad och man brottas med existentiella frågor. På våra center arbetar flera professioner för att på bästa möjliga sätt erbjuda individanpassad behandling. Grunden är psykoterapeutiska behandlingsinsatser men ofta får patienter även insatser av fysioterapeut, kurator och i vissa fall av läkare. Utöver det arbetar samtliga center med att genomföra tortyrskadedokumentationer enligt Istanbulprotokollet.

Svenska Röda Korset – en idéburen vårdgivare

Internationellt är Röda Korset världens största kris- och katastrofororganisation som i sitt uppdrag är en ledande humanitär kraft i världen. I många länder – däribland Sverige – tillkommer en formell roll som vårdgivare med de formella krav det innebär. Svenska Röda Korsets vårdenheter samlas under avdelning Hälsa och Vård. Som idéburen vårdgivare finns en särskild kraft som vi menar tillför särskilda mervärden till den hälso- och sjukvård vi bedriver.

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

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

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

Lokala Röda Kors-samarbeten

De lokala Röda Kors-verksamheterna är ett värdefullt komplement till Hälsa och Vårds vårdverksamheter som bidrar till ökad tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i vården. Utbytet mellan vårdverksamheterna och lokala Röda Kors-kretsar eller Röda Kors-hus sker i flera delar av landet som skapar särskilda mervärden för patienterna.

Ett exempel är *RKC Skövde*, där insamlade gåvomedel från lokala Röda Kors-kretsar skapar bättre förutsättningar för patienter att delta i centrets gruppbehandlingar. Många patienter har långa resvägar och begränsade ekonomiska resurser, vilket kan utgöra en tröskel för att ta del av behandlingen. Genom möjligheten till reseersättning för kollektivtrafik har fler patienter kunnat delta kontinuerligt och fullfölja sin behandling. Effekten är god beläggning i gruppverksamheterna, inklusive kvinnogrupper, samt förbättrade förutsättningar för behandlingsresultat. Genom en donation från *Röda Korsets Falköpingskrets* har centret också under året kunnat erbjuda julklappar till patienters barn, sammanlagt 75 barn. Ett sätt att uppmärksamma barn som anhöriga.

På *Vårdförmedlingen* i Stockholm arbetar sjuksköterskor en dag i veckan på Röda Kors-husets lokaler i Bredäng för att finnas nära de målgrupper som verksamheten vänder sig till.

Internationellt arbete

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

Samarbetet med Röda Kors-rörelsen ger en möjlighet till en oberoende, fristående omvärldsspaning samt möjlighet att få direktrapporteringar från fält i frågor som har betydelse för omhändertagandet av de patientgrupper som Hälsa och Vård möter. Vårdenheterna bidrar också in till detta arbete med sin kunskap om traumavård, vilket beskrivs mer ingående i kapitlet om *adekvat kunskap och kompetens*

Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering

Svenska Röda Korsets Kompetenscenter, *KC*, är ett forskningssamarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Samarbetet ger möjlighet kombinera vårdenheter kliniska erfarenhet med högskolans vetenskapliga kompetens. Forskningen är klinisknära och syftar till att ge hög kvalitet i den tortyr- och krigsskaderehabilitering som bedrivs i verksamheterna. Arbetstakten är hög med ett flertal pågående forskningsprojekt.

Forskningsprojekt 2025

Projekt	Beskrivning	Enhet
Barn som överlevt tortyr	Projektet syftar till att förbättra screening, behandling och medicinsk dokumentation av tortyrskador hos barn.	RKC Uppsala 2022–2025
Mitt hjärtas syster	Utveckling av behandlingsinterventioner anpassade för kvinnliga patienters särskilda behov.	RKC Malmö 2021–2025
Trygga grupper	Insatser för kvinnor som upplevt flykt och könsrelaterat våld. En gruppbehandling för kvinnor med en dubbel våldsutsatthet.	RKC Skövde 2023–2025
Smärtskolan	Fysioterapeutisk gruppintervention för att förbättra sambehandling av långvarig smärta och PTSD.	RKC Malmö 2025–

Publikationer och rapporter

I takt med att forskningsprojekten fortskrider publicerar KC löpande nya forskningsrapporter och artiklar. Nedan finns en sammanställning av de publikationer och rapporter som har publicerats under 2025, vilka speglar de senaste rönen från KC:

Publikationer och rapporter 2025

Författare	Titel	Publiceringsår
Mässing, A., & Cardeña, E. (2025).	The relation between post-migration stressors and trauma treatment outcomes: a scoping review.	2025
Diaz, M. & Wallin Lundell, I.	The Effect of Torture on Executive Functions. Consequences of PTSD and	2025

	traumatic brain injury on the asylum process, treatment, and integration of torture survivors. Report 2025:1.	
Diaz, M., & Wallin Lundell, I.	Hidden Scars: The impact of torture, traumatic brain injury, and PTSD on executive functions - a narrative review	2025
Nahlén Bose, C. & Tamdjidi, R.	Children who survive torture: A systematic review of screening, documentation and treatment of torture injuries in children	2025

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

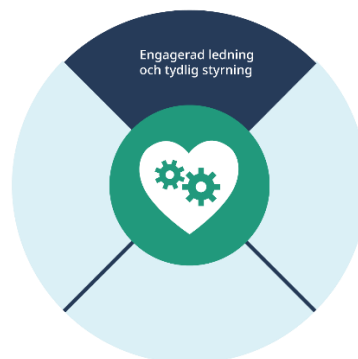
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet beskriver följande grundförutsättningar för säker vård:

- *En engagerad ledning och tydlig styrning*
- *En god säkerhetskultur*
- *Adekvat kunskap och kompetens*
- *Patienten som medskapare*

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 2025

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

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

Avdelningen har över år växt med fler vårdenheter (*Vårdförmedlingen Göteborg*) och har ett breddat uppdrag som folkhälsoaktör, särskilt inom psykisk hälsa och psykosocialt stöd (*Mental Health and Psychosocial Support, MHPSS*).

Under 2024 påbörjades ett övergripande utvecklingsarbete för att anpassa organisationen till avdelningens tillväxt och breddade uppdrag. En övergripande plan togs fram och genomförandet inleddes under 2025, med fortsatt arbete under 2026. Målet är att skapa en tydligare och mer ändamålsenlig organisation med klara strukturer, definierade ledningsroller och tydliga mandat, som stödjer verksamhetens expansion, kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Under 2025 var målet att genomföra den påbörjade omorganisationen för att skapa en tydligare struktur, definierade ledningsroller och mandat som stödjer expansionen.

Strategierna omfattar:

- Revidering av organisationsstrukturen för att möta ökade krav och komplexitet.
- Stärkt digitalt stöd för kvalitetsledningssystem som säkerställer enhetliga kvalitetsprocesser och hög patientsäkerhet.
- Fokus på digitalisering och IT-stöd genom särskild förvaltningsledare för IT och vårdssystem.
- Utveckling av arbetssätt inom MHPSS för att möta nya behov.

Organisation och ansvar

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

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

Svenska Röda Korsets Styrelse

Styrelsen är ansvarig vårdgivare och har ett övergripande ledningsansvar som ska se till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Styrelsen bär det yttersta ansvaret för att det finns ledningssystem enligt *SOSFS 2011:9* och att det

används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra hälso- och sjukvårdsverksamheternas kvalitet. Konkret innebär det bland annat att styrelsen ska se till att uppföljning av fastställda mål sker, säkerställa att riktlinjer, policys och rutiner efterlevs och att en tydlig ansvarsfördelning för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete finns på alla nivåer i organisationen. Styrelsen är ytterst ansvarig för att det finns förutsättningar för medarbetare, chefer och verksamheter att arbeta utifrån kvalitetsledningssystemets processer och rutiner.

Generalsekreteraren

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

Avdelningschef

Avdelningschef för avdelning Hälsa och Vård kommunicerar och omsätter styrelsens övergripande mål till avdelning Hälsa och Vårds verksamheter samt inom sitt uppdrag följer upp, analyserar och därigenom utvecklar avdelningen. Avdelningschef samordnar utvecklingsinsatser och kvalitetssäkringsarbete på en övergripande nivå samt har ett administrativt ledningsansvar att föra avdelningen mot uppsatta mål. Avdelningschefen har övergripande ansvar för ekonomi, planering och uppföljning av verksamheterna i enlighet med fastställda beslut och riktlinjer. Avdelningschef är ytterst anmälningsansvarig enligt Lex Maria. Avdelningschef rapporterar till generalsekreteraren

Verksamhetschef

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

Medarbetare

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

Kvalitetsutvecklare

Tillsammans med avdelningschef och verksamhetschefer utvecklar, upprätthåller och utvärderar kvalitetsutvecklare verksamheternas kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetsutvecklare bedömer vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att vården som bedrivs uppfyller gällande krav och mål, utarbetar rutiner, säkerställer egenkontroller utförs, följer upp avvikelser, utför systematisk lagefterlevnad samt bidrar vid implementering av kvalitetshöjande insatser. Rollen är fristående med ett granskande mandat. Under året har kvalitetsfunktionen flyttats från stab till ledningsteamet och rapporterar från och med 2026 direkt till avdelningschef.

Stab och stödfunktioner

Övriga funktioner som stöttar organisationen i frågor om kvalitet och patientsäkerhet är biträdande avdelningschef, HR-partner, dataskyddsombud samt IT. Avdelning Hälsa och Vård har samverkan med andra verksamheter inom Röda Korset, till exempel *Enhet för skydd och efterforskning*, *familjeåterförening*, *migrationsrådgivning* och olika sociala verksamheter som bidrar med sin sakkunnighet. Inom Hälsa och Vårds stab finns sakkunniga rådgivare som stödjer det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat inom områdena psykisk hälsa, projektledning, planering och uppföljning, samt påverkansarbete.

Projekt- och förvaltningsledare för IT och vårdssystem

Den snabba digitala utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer allt högre krav på IT-resurser och kompetens. Under 2024 rekryterades en IT-konsult för att implementera ett avvikelssystem, ta fram kravspecifikationer för ett digitalt kvalitetsledningssystem och inventera behovet av IT-stöd. Inventeringen visade ett stort behov av en fast, kliniknära IT-resurs. För att möta behovet anställdes 2025 en projekt- och förvaltningsledare för IT och vårdssystem. Rollen har visat sig stärka det interna samarbetet mellan vård och IT på ett mycket gynnsamt sätt. Arbetet har bidragit till ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet genom översyn och förbättring av de digitala lösningar som används i verksamheternas arbete.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Intern samverkan

Intern samverkan för att förebygga vårdskador enligt *SOSFS 2011 4 kap 6 §* bedrivs på flera organisatoriska nivåer som en integrerad del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. För vårdverksamheterna finns huvudprocesser som beskriver vård- och behandlingsförloppet och ansvarsfördelningen mellan de olika yrkesgrupperna i flödet. Syftet med processerna är att säkerställa ett sammanhållet och genomtänkt omhändertagande av patienten samt att förebygga risker för uteblivna, fördröjda eller bristande koordinerade vårdinsatser.

Ett processbaserat arbetssätt tillämpas där berörda vårdprofessioner kring patienten har tydliga roller och ett gemensamt ansvar för planering, genomförande och uppföljning av vården kring patienten. Vård och behandlingsprocesserna ska bidra till att övergångar mellan olika steg i patientens vårdförlopp sker strukturerat och att ansvar inte blir otydligt, skapar onödigt dubbelarbete eller faller bort.

Systematisk uppföljning av intern samverkan

Tvärprofessionell samverkan är en väsentlig skyddsfaktor för att identifiera risker i ett tidigt skede och säkerställa att patientens behov tillgodoses. För detta ändamål används forum, såsom behandlingskonferenser och verksamhetsmöten, där samverkan, ansvarsfördelning och eventuella brister eller otydligheter i själva arbetssättet lyfts och systematiskt kan identifieras och förbättras.

Uppföljning av intern samverkan av *SOSFS 2011:9 4 kap. 6 §* sker på flera nivåer, främst på lokal enhet men även övergripande genom kulturenkät *Hållbart säkerhetsengagemang*, *HSE* samt genom kvalitetsdialoger.

Kvalitetsdialoger hösten 2025 visar att intern samverkan valdes av 4 av 6 enheter som det kvalitetsområde som medarbetare och chefer bedömer fungerar bäst. Medarbetarna ger teamarbetet och det tvärprofessionella samarbetet höga betyg, där den interna

Samverkan bedöms som en särskilt viktig förutsättning för säker och sammanhållen vård för de målgrupper som verksamheter vänder sig till.

Exempel på genomförda samverkansinsatser 2025

Aktivitet	Beskrivning
Översyn av vårdplansmodul - RKC	En tvärprofessionell vårdplansgrupp har under året utvärderat den införda vårdplansmodulen från 2024. Modulen utvecklas och ersätts med ett reviderat arbetssätt där termer sätts över och roller tydliggörs, vilket stärker samverkan i vårdprocessen
Teambedömning – RKC Malmö	Ett arbetssätt där alla professioner tillsammans genomför en samlad teambedömning. Tid avsätts för att möta patienten gemensamt, för en mer omedelbar, samordnad samt mer tidseffektiv bedömning. Arbetssättet stärker den tvärprofessionella samverkan och minskar risken för fragmenterade bedömningar eller fördröjda insatser.

Extern samverkan

Extern samverkan utgör en central del av verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. 1 § samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), 4 kap.6 §. Syftet är att förebygga vårdskador i situationer där flera vårdgivare och samhällsaktörer är involverade i patientens vård och stöd, och att säkerställa kontinuitet, tydlig ansvarsfördelning och samordnade insatser.

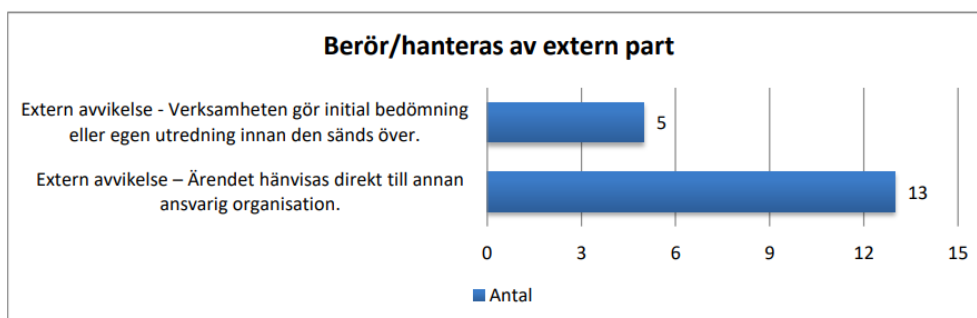
Patientgrupper med komplexa och sammansatta vårdbehov löper ökad risk för vårdskador när vård och stöd ges av flera aktörer. Detta gäller i hög grad målgruppen krigsskadade och torterade, som i regel har behov av samtidiga och samordnade insatser från flera vård och samhällsaktörer. Patienter som saknar uppehålls och/eller arbetstillstånd (papperslösa), står i praktiken utanför ordinarie vård och stödsystem och har av förklarliga skäl en ännu mer sårbar situation. För dessa patienter ställs förhöjda krav på samverkan och koordination för att säkerställa en sammanhållen vård och förebygga risker för avbrott eller bristande kontinuitet.

Beskrivning av förekommande samverkansparter

För RKC sker samverkan främst med psykiatri och primärvården samt, vid behov, med akutsjukvården eller barn och ungdomspsykiatri. Särskilt sårbara situationer ur patientsäkerhetssynpunkt är vårdövergångar, exempelvis vid överföring mellan Röda Korsets behandlingscenter och akutpsykiatri, eller vid utskrivning från slutenvårdspsykiatri när patientens huvudsakliga behandling fortsatt ges vid

behandlingscenter. En betydande andel av patienterna är samtidigt i kontakt med andra aktörer såsom elevhälsa, skola, socialtjänst samt myndigheter som Försäkringskassan och Migrationsverket.

Antal redovisade externa ärenden 2025*



Berör/hanteras av extern part	Antal	Fördelning
Extern avvikelse - Ärendet hänvisas direkt till annan ansvarig organisation.	13	72,2%
Extern avvikelse - Verksamheten gör initial bedömning eller egen utredning innan	5	27,8%
Totalt	18	100,0%

60 avvikelser totalt varav 18 rör extern part

*Ett bortfall är RKC Göteborg som lägger in tolkavvikelser om samverkan med regionen direkt i regionens system, varav ett antal inte kunnat redovisas

Systematiskt förbättrande åtgärder i extern samverkan

Analys av patientavvikelser inom Hälsa och Vård visar att en ofta förekommande avvikelsetyp rör brister i extern samverkan kring patienten, *se fokusområde 4 - stycke patientavvikelser*. En tredjedel av de avvikelser som hanteras i avvikelssystemet rör en extern part i någon form.

Förbättring av extern samverkan behöver ske kontinuerligt och strukturerat inom ramen för ledningssystemet. Risker, tillbud och negativa händelser där samverkan brustit identifieras och läggs in i avvikelssystemet för analys och förbättrande åtgärder.

Samverkansfrågor och identifierade brister lyfts regelbundet i samverkansmöten mellan varje behandlingscenter och respektive avtalsregion. Samtliga center genomför återkommande uppföljningsmöten med regionernas tjänstemän, vilka fungerar som forum för att följa upp samverkan, analysera återkommande problemområden och vid behov eskalera frågor till rätt organisatorisk nivå. Vid identifierade behov erbjuds även kunskapshöjande insatser och dialogmöten med externa samverkansparter för att öka samsyn kring uppdrag, ansvar och arbetssätt

Extern samverkan i kommunikations- och påverkansarbetet

Extern samverkan stärks även genom riktat påverkansarbete och utbildningsinsatser. Medarbetare från samtliga behandlingscenter, med representation från olika professioner, möts regelbundet i strukturerade forum där brister och erfarenheter från det kliniska arbetet systematiskt samlas in, analyseras och sammanställs för vidare dialog med relevanta externa aktörer. Avdelningens tematiska rådgivare för påverkansarbete samordnar arbetet med att nå beslutsfattare och ansvariga myndigheter i syfte att uppmärksamma identifierade strukturella brister i samhället som påverkar patienters tillgång till samordnad och säker vård, en viktig röst i synnerhet för de patientgrupper som står utanför ordinarie välfärdssystem.

Systematisk uppföljning av extern samverkan

Uppföljning av extern samverkan sker genom avvikelshantering, kvalitetsdialoger och i det lokala arbetet på centren. Identifierade brister analyseras och leder vid behov till korrigerande och förebyggande åtgärder. Avvikelsesystemet har ett särskilt handlägningsflöde för de avvikelser som involverar externa parter. Upplevelsen mäts även i kulturmätning, HSE-enkät.

Exempel på genomförda samverkansinsatser 2025

Nedan redovisas kortfattade exempel på insatser som behandlingscenter genomfört under året för att stärka extern samverkan och minska patientsäkerhetsrisker. I urval:

2025 Extern samverkan

Center	Insatser (exempel)
RKC Skellefteå	Information och utbildning om verksamheten och trauma till kommunal integrationsverksamhet (via Länsstyrelsen), Migrationsverket, regional vårdpersonal samt allmänheten (Psykeveckan).
	Föreläsning om trauma för koordinatörer inom organisationen <i>Hej Främling!</i> – <i>stärkt förmåga att identifiera stödbehov och anpassa aktiviteter</i> ; spridningseffekt till frivilligverksamhet.
	Kunskapshöjande insatser om kognitiva svårigheter/funktionsnedsättning hos personer med migrantbakgrund: föreläsning i Länsstyrelsen Västerbottens regi (tillsammans med forskare) samt inspel till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd inför kartläggning.

RKC Göteborg	Webbinarier om identifiering av tortyrskador riktade till Migrationsverkets medarbetare.
	Föreläsningar för studenter vid Göteborgs universitet samt för aktuella vårdgrannar.
	Öppet hus den 31 augusti i syfte att stärka dialog och samverkan med externa aktörer av relevans för målgruppen
RKC Uppsala	Kartläggning av hur samhällets insatser möter barn som utsatts samt hur deras lagstadgade rättigheter tillgodoses; kartläggning av svårigheter och förändringar för att identifiera lokala mönster och tendenser för att fånga upp målgruppen bättre.
	Centret anordnade en digital temadag med fokus på äldre migranter som överlevt tortyr, krig och/eller flykt. Verksamheten inom Uppsala län gavs kunskap om hur migranter över 65 år drabbas av svåra livserfarenheter, sambandet mellan demens och trauma samt hur vi kan hjälpa. Information om hur man kommer i kontakt med vårt center och vilken hjälp som erbjuds. Dagen nådde brett i regionen, länets kommuner och civilsamhället.
Vårdförmedlingen	Förbättrad funktionalitet för hantering av laboratorieremiss för provtagning.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 § Patientsäkerhetsberättelsen ska, utöver vad som anges i 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), innehålla uppgifter om

1. De uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3 och som är av större betydelse,
2. De riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §,
3. De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4 och som är av större betydelse,
4. Den utvärdering vårdgivaren har genomfört enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem, och den granskning som har gjorts enligt 5 kap. 7 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Svenska Röda Korsets informationssäkerhetspolicy

Det systematiska arbetet med informations- och IT- säkerhet för Svenska Röda Korset finns beskrivet i riktlinjer på intranätet. Det finns en fastställd informationssäkerhetspolicy och styrande dokument som inom ledningssystemet säkerställer att personuppgifter är tillgängliga, riktiga, konfidentiella och spårbara.

Förbättrande åtgärder 2025 för Svenska Röda Korset

Område	Beskrivning
Policys	Övergripande rutiner och policys har setts över inom organisationen under året
Informationsägarskap	Förtydligande av roller inom organisationen kring informationsägarskap inom organisationen samt tydliggjord roll för CISO2 /Informationssäkerhetsansvarig.
AI	Policys för AI har tagits fram

Systematiskt informationssäkerhetsarbete inom avdelning Hälsa och Vård

Handläggningsflöden och rutiner för rapportering av personuppgiftsincidenter samt för säker handläggning finns i avvikelssystemet med tydliga roller och automatiserade flöden för att säkerställa korrekt handläggning inom givna tidsramar. Ansvar och rapportvägar för logg- och behörighetsuppföljning är definierade, rollerna för journalgranskning/loggkontroll, systemförvaltning och dataskydd är tydliggjorda i ledningssystemet.

Det systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar löpande egenkontroller och loggkontroller i journalsystemet. Behörigheter och roller granskas regelbundet, och tillhörande rutiner uppdateras årligen för att säkerställa överensstämmelse med gällande regelverk och verksamhetsförändringar. Behörighetsstyrningen följer principen om minsta möjliga åtkomst och omfattar kontroll mot förändringar i funktion/anställning.

Loggar över åtkomst till patientuppgifter granskas regelbundet och dokumenterat för att säkerställa att åtkomst är förenlig med medarbetares arbetsuppgifter och att hantering är spårbar.

Informationsklassificeringar, riskbedömningar och konsekvensbedömningar genomförs vid systemförändringar, införande av nya digitala lösningar eller förändrade arbetssätt. Avvikelse och incidenter används som underlag för lärande och analys och tas upp vid personalmöten eller i dataskyddsforum. Egenkontroll av journalföring enligt *HSLF-FS 2016:40*, 5 kap § 3–6 sker 2 ggr år, se stycke *egenkontroll*.

Förbättrande åtgärder 2025 för Avdelning Hälsa och Vård

Område	Beskrivning
Informationsägarskap	Informationsägarrollen har formaliserats under året och ligger inom avdelning Hälsa och Vård på avdelningschef, detta för att skapa tydlighet i ansvar.
Rollbeskrivningar	Rollen som lokal dataskyddssamordnare har permanent lagts på kvalitetsutvecklarrollen för att stärka samordning mellan IT, vård och dataskydd på effektivt sätt.

	Rollbeskrivningar för administratörer och övergripande administratör för journalsystemet har setts över och förtydligats under året.
--	--

Avvikelser 2025

- En patientavvikelse rörande journalgranskning har uppmärksammats, vilket har lett till ett identifierat behov av att se över organisation och ansvarsfördelning för journalgranskning och logguppföljning. Åtgärden omfattar en översyn av organisering så att loggkontrollen blir mer verksamhetsnära
- En avvikelse från 2024 rörande otillräcklig driftstoppsrutin för journalsystemet har slutförts under året. Arbetet fortsätter under 2026 med framtagande av driftstoppsrutiner för övriga vårdssystem, i enlighet med Svenska Röda Korsets övergripande kontinuitetsplan.

Riskanalyser – informationssäkerhet 2025

Vid större systemförändringar eller införande av nya digitala lösningar genomförs informationsklassning, riskbedömning samt – när det krävs – konsekvensbedömning av personuppgiftsbehandling.

Riskanalys – journalsystem

En fördjupad riskanalys och konsekvensbedömning av journalsystemet har genomförts under 2025. Ett antal risker har identifierats och ligger till grund för åtgärder under 2026, se patientsäkerhetsplan. Analysen visar att en grundläggande säkerhet finns, men att det finns områden som kräver fortsatt utveckling:

Identifierade risker - Journalsystem 2025

Område	Beskrivning
Hantering av personnummer	Behov av förstärkta rutiner för inskrivning av ny patient samt behov av utökat tekniskt stöd. Utredning har inletts och ett utvecklingsprojekt mellan IT och kvalitet har inletts.
Reservnummer	Behov av tydligare rutiner vid inskrivning av patient med reservnummer samt förstärkt tekniskt stöd. Utredning har inletts och ett projekt mellan IT och kvalitet har inletts .
Gallring av journaler	Översyn och anpassning av gallringsrutiner enligt patientsäkerhetslagen (PSL).
Stark autentisering	Genomgång av krav och behov för att stärka autentiseringslösningar. Åtgärdsplan tas fram med fokus på stark autentisering och verifierad behörighetsstyrning.

Övriga riskanalyser under 2025

Område	Beskrivning
Digitala vårdmöten	Den digitala vårdmötesplattformen som infördes 2023 bedöms säker ur ett informationsperspektiv, men ersätts 2026 på grund av tekniska brister. Inför plattformbyte genomfördes förnyad informationsklassning, riskbedömning och konsekvensbedömning.
Ny patientenkät	Informationsklassificering, riskbedömning samt konsekvensbedömning vid Införande av ny patientenkät .

Anmällda personuppgiftsincidenter 2025

Antal personuppgiftsincidenter 2025 anmällda till Integritetsskyddsmyndigheten - IMY

År	Antal
2024	0
2025	2

Varje incident utreds enligt rutin med orsaksanalys, dokumenterade åtgärder och uppföljning. Lärdomar återförs till verksamheten

Strålsäkerhet

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ingen av vårdenheter berörs av författningen

En god säkerhetskultur

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



En god säkerhetskultur är en av de fyra grundläggande förutsättningar i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Säkerhetskulturen uttrycker organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker, samt viljan och förmågan att agera så att

säkerheten främjas. Forskning visar att en verksamhets säkerhetskultur påverkar kvalitet och säkerhet i den vård som ges.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

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

I Svenska Röda Korsets riktlinje för arbetsmiljö omfattar synen på säkerhetsarbete: *”Med vårt säkerhetsarbete vill vi uppnå faktisk och upplevd säkerhet och trygghet.*

Säkerhetstänket ska vara en naturlig del i arbetsmiljöarbetet och våra verksamheter ska fungera även i risksituationer. Säkerhet innebär för SRK proaktiva åtgärder för att förhindra och en förmåga att hantera konsekvenser av oönskade händelser och dess skadliga effekter på människor och egendom och utgör en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet”.

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

Beskrivning av det systematiska arbetsmiljöarbetet - SAM

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

Mätning av patientsäkerhetskultur

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

HSE – Hållbart Säkerhets engagemang

Sedan 2024 används mätmetoden *Hållbart säkerhetsengagemang – HSE* som ett mått för säkerhetskulturen. Metoden valdes ut specifikt för Hälsa och Vård som till skillnad från övriga områdesgrenar inom Röda Korset har hälso- och sjukvård som sitt kärnuppdrag. Mätningen sker en gång per år

Resultat

År	KPI	Svarsfrekvens
2024	74	76%
2025	79	66%

HSE-fråga	2024	2025
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	4,1	4,4
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	4,0	4,2
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	3,9	4,0
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	3,6	4,0
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	4,2	4,4
6. Jag vågar prata om mina misstag	4,3	4,3
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	4,1	4,5
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	3,5	3,4
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	3,8	4,1
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	4,5	4,5
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete	3,1	3,3

Summering

- Svarsfrekvensen på **66%** innebär att en stor del av de tillfrågade medarbetarna har deltagit i undersökningen, men är en minskning jämfört med året innan. Åtgärder bör vidtas för att öka deltagandet inför nästkommande mätning – till exempel tydliggörande kring vad som görs med resultaten och dialog i medarbetargrupper inför ny mätning.

- KPI-talet på **79** (0–100) indikerar en hög nivå av hållbart engagemang och säkerhetskultur inom Hälsa och Vård, vilket tyder på att medarbetarna generellt upplever goda förutsättningar för en säker och lärande arbetsmiljö

Analys

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

Flertalet av de underliggande resultaten har utvecklats i positiv riktning. Det tyder på ett väl fungerande löpande utvecklingsarbete inom området. Särskilt kan nämnas positiv utveckling till höga resultat inom:

- Förbättringar efter negativa händelser
- Bemötande när en medarbetare behöver hjälp

Det finns dock områden som kan utvecklas vidare och område kring patienters delaktighet i patientsäkerhetsarbete bör förstås i vidare utsträckning. Det relativt lägre resultatet (**3,3**) indikerar att det finns potential att bättre ta tillvara och inkludera patienternas engagemang i säkerhetsarbetet, för att ytterligare förbättra både deras upplevelse och arbetsplatsens säkerhetskultur. Resultatet bedöms inte som uttryck för bristande patientsäkerhet, utan speglar medarbetarnas medvetenhet om betydelsen av patientdelaktighet.

Resultat från patientenkäten, där patienterna själva besvarar frågor om sin vård, visar att en hög andel uppger att de känner sig mycket eller helt delaktiga. Detta ger en kompletterande bild av patientdelaktighet sett ur patientens perspektiv, vilket beskrivs närmare i stycke *patienten som medskapare*

Sammanfattningsvis visar resultatet en arbetsplats med starka positiva aspekter inom säkerhet och engagemang, men också fortsatta områden för utveckling, särskilt vad gäller patientinvolvering och kring extern samverkan.

Åtgärd 2026:

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

Då metoden fortfarande är ny och arbetssättet ännu inte fullt etablerat är det viktigt att fortsätta med enkäten.

Uppföljning av åtgärd:

HSE-mätning genomförs varje år, nästa mätning genomförs maj 2026. Resultat och åtgärder följs upp kontinuerligt inom organisationen på olika organisationsnivåer. För chefsgruppen presenteras det aggregerade resultatet för hela avdelning Hälsa och Vård samt chefsgruppens egna resultat. Ett halvår efter mätningen följs arbetet upp där cheferna får möjlighet att berätta och dela hur man arbetat med resultaten – detta för att skapa inspiration och ett lärande sinsemellan.

Mångfald och inkludering – ett uttryck för säker vård

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

Under 2024 inledde Röda Korset en omfattande kompetensutvecklingssatsning som fortsatt under 2025. Den har bland annat inkluderat en e-kurs för samtliga medarbetare, chefsutbildning i inkluderande ledarskap, en workshopserie som genomförs inom respektive verksamhet samt öppna föreläsningar och lärlabb. Interna rutiner för trygg arbetsplats har setts över för att alla medarbetare ska veta hur man anmäler incidenter och upplev diskriminering och känna sig trygga med hanteringen vid en anmälan.



Svenska Röda Korset mäter sedan 2024 medarbetares uppfattning om en inkluderande arbetsplats. Resultatet (NPS) för Hälsa och Vård har ökat markant från +4 till +21. En

positiv eNPS-poäng betyder att det är fler ambassadörer än kritiker. I 2025 års mätning kan det konstateras att det finns 32 ambassadörer och därmed kan anses ha en uppfattning att arbetsplatsen är inkluderande.

Det finns dock utrymme för förbättring och arbete med inkludering behöver intensifieras under 2026 där lärdomar behöver dras och nya insatser initieras. Mångfald och inkludering är en del av ett långsiktigt arbete som en del av Röda Korsets strategi för 2024–2030.

Whistleblowing

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

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

2025

Inget ärende gällande patientsäkerhet har rapporterats i Whistleblower-systemet.

Whistleblower - patientsäkerhet

År	Antal
2023	0
2024	0
2025	0

Adekvat kunskap och kompetens

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



Säker vård – en kärnkompetens

Begreppet *Säker vård* är en av hälso- och sjukvårdens kärnkompetenser och ett eget kunskapsområde. Övriga kärnkompetenser är *personcentrerad vård*, *teamarbete*, *evidensbaserad vård*, *förbättringskunskap* och *informatik*. Dessa områden är tvärprofessionella kunskapsfält som är gemensamma för alla vårdprofessioner.

Utvecklingen inom patientsäkerhet går snabbt, vilket innebär att tidigare arbetssätt och förhållningssätt över tid kan bli föråldrade eller inaktuella. Detta ställer krav på ett systematiskt och långsiktigt arbetssätt med fokus på lärande och förbättring. En sammanhållande funktion i detta arbete är kvalitetsutvecklare, som har patientsäkerhet och kvalitetsutveckling som sitt strategiska utvecklingsområde.

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

Kompetenshöjande utbildningar inom patientsäkerhet 2025

Funktion	Utbildning/kurs
Kvalitetsutvecklare	Lagar och föreskrifter inom hälso- och sjukvården
Kvalitetsutvecklare	KMA-processer – diplomering i integrerade ledningssystem

Yrkeskompetens

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

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

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

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

Följande kompetenshöjande utbildningar har ägt rum under året.

- Psykologer har gått utbildning *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), basal, fortbildning samt utbildning i speciella tekniker.
- Fysioterapeuter har gått utbildning i Movement ARC, ett program i somatik och rörelseterapi.
- Flera professioner har fått utbildning i våld i nära relation.
- Läkare som arbetar med tortyrskadeutredningar har gått internutbildning under en särskild fortbildningsdag.
- Sjuksköterskor och kurator på Röda Korsets vårdförmedling har fått utbildning i *Medicinsk etik* samt i *Att leva med HIV*.
- Samtlig personal erbjuds deltagande i Röda Korsets introduktionsdagar för nyanställda.
- Under året har det internationella arbetet fortsatt att utvecklas, och flera av våra behandlare har fått säkerhetsutbildning för att kunna hålla i utbildningar kring trauma i internationella kontext. Utöver det hölls en fortbildningsdag för samtliga behandlare som varit ute på internationella uppdrag.

Internationella utbildningsinsatser

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

Avdelning Hälsa och Vård bidrar till ICRC:s kompetenshöjande utbildningsinsatser för lokala aktörer genom att höja kompetensen hos befintlig vårdpersonal inom traumarelaterade interventioner, såsom *Narrative Exposure Therapy* (NET) och *traumainformerad kognitiv beteendeterapi* (KBT). I detta arbete bidrar personal från Svenska Röda Korsets behandlingscenter med sin expertis och erfarenhet.

Under 2025 har utbildningsinsatser genomförts i Armenien, Syrien och Uzbekistan. De som deltagit i utbildningarna är psykologer, fysioterapeuter och annan vårdpersonal från nationella rödakors- och rödahalvmåneföreningar samt lokala organisationer.

Utbildningarna har kompletterats med kontinuerlig handledning, både på plats och på distans från Sverige, för att säkerställa att kunskapen implementeras med god kvalitet.

I Palestina genomfördes under 2025 den planerade utbildningen i Narrative Exposure Therapy (NET) för personal från den palestinska röda halvmånen, som ett svar på den ökade efterfrågan på psykologisk traumabehandling till följd av den pågående konflikten.

Övriga kompetenshöjande aktiviteter 2025

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

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

Dessutom anordnades avdelningsdagar under 2025 där all personal kunde delta. Under dessa dagar anordnades inspirationspass med bland annat historiska betraktelser från Röda Korsets Vitabussarna-aktion under andra världskriget, samt internationell inspiration från generalsekreteraren i IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Victims).

Under 2025 deltog ett flertal av behandlare under den 24:e nordiska traumakonferensen som ägde rum i Köpenhamn den 20–21:e november. Detta gav möjlighet till både eget lärande och kompetensutveckling, samt att flera behandlare presenterade Röda Korsets aktuella forskningsprojekt.

Kompetenscentrets Webinarieserie

Som tidigare beskrivits har kompetenscentret *KC* en viktig roll i att stärka kunskapsnivån för Hälsa och Vårds medarbetare. Kompetenscentret bidrar till att stärka omhändertagandet, inte bara utifrån ett forskningsperspektiv, utan med ett verksamhetsutvecklande fokus. Kombinationen av klinisk erfarenhet och akademisk kunskap innebär att de kliniker som bedriver forskning också återför sina kunskaper tillbaka in i behandlingsverksamheterna. Följande webinarium har skett under 2025:

Webbinarium 2025

Webbinarium	Beskrivning
Före, under och efter flykt	Rödakorsrörelsens uppdrag för rätten till skydd, efterforskning och familjeåterförening
Peer Supporttrarnas berättelser	Att arbeta med den levda erfarenheten
Barn som överlevt tortyr	Screening, behandling och dokumentation
Vad utgör tortyr mot barn?	Juridisk analys inom ramen för Barn som överlevt tortyr-projektet vid RKC Uppsala
Smärtskolan	En fysioterapeutisk gruppintervention för samsjuklighet mellan smärta och PTSD
Våld i nära relation	STAIR - en kompletterande gruppbehandling för kvinnor med dubbel våldsutsatthet

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

Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. 4 §

God samverkan med patienter och närstående är en grundläggande förutsättning för att uppnå en god och säker vård. Ett centralt uttryck för delaktighet är att arbetet utgår från Röda Korsets grundprinciper, där respekt för människors erfarenheter, behov och rättigheter utgör en självklar utgångspunkt.

Medverkan innebär att verksamheten systematiskt tar tillvara erfarenheter, kunskap och synpunkter från patienter och närstående, både på individnivå och på gruppnivå, i syfte att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet.

Verksamheterna arbetar med delaktighet på flera nivåer. I det direkta patientarbetet sker detta genom kontinuerlig uppföljning och dialog i samband med behandlingen och i

vårdmöten. Därutöver bjuds patienter aktivt in att medverka i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom fokusgrupper, genom Peer Support och andra former av strukturerad samverkan.

Delaktighet följs upp som ett specifikt mått inom ramen för *egenkontroll*, i *kvalitetsdialog*, i *patientenkät* och *medarbetarenkät (HSE)*.

Flera kvalitets- och utvecklingsprojekt genomförs med syfte att säkerställa och ytterligare integrera patienters och närståendes delaktighet i verksamhetens strukturer och arbetssätt.

Peer-support

2024 tog mottagningarna i *Göteborg*, *Skövde* och *Vänersborg* ett stort strategiskt kliv för att öka delaktigheten genom införandet av en helt ny yrkeskategori: *Peer-support* som i korthet syftar till att stärka inflytandet för målgruppen. En Peer supporter är en medarbetare med egen erfarenhet av krig, flykt, tortyr och genomgått en traumafokuserad behandling. Peer supportern erbjuder stöd och vägledning utifrån sina egna upplevelser och fungerar som ett bollplank i patientens återhämtningsresa.

Med förstärkning av Peer supporters har behandlingscentren ökat delaktighet och brukarinflytande hos patienterna på ett mer fördjupat sätt. Det ger en möjlighet för verksamheten att fortsätta lära sig om patienters upplevelser och vidareutveckla centren baserat på patientens upplevelser och behov. Delaktigheten blir därmed mer integrerad i arbetet och byggs in som en del av verksamheten.

Under 2025 har Peer supporters medverkat i att förbättra informationen till nya patienter, bland annat genom framtagande och användning av patientanpassade informations- och broschyrmaterial. De har genomfört enskilda motiverande samtal med patienter samt bedrivit uppsökande verksamhet genom närvaro på olika mötesplatser där målgruppen befinner sig.

Som en del av arbetet med målgruppsinvolvering har gruppaktiviteten ”*Ett öppet rum*” etablerats på RKC Göteborg. Aktiviteten syftar till att erbjuda patienter möjlighet till gemenskap, stöd och erfarenhetsutbyte. Innehåll och utformning har tagits fram i dialog med deltagarna. Arbetssättet har haft en explorativ och lyhörd ansats där patienternas önskemål och behov fått styra, vilket innebär att aktiviteten utvecklas organiskt och är brukardriven.

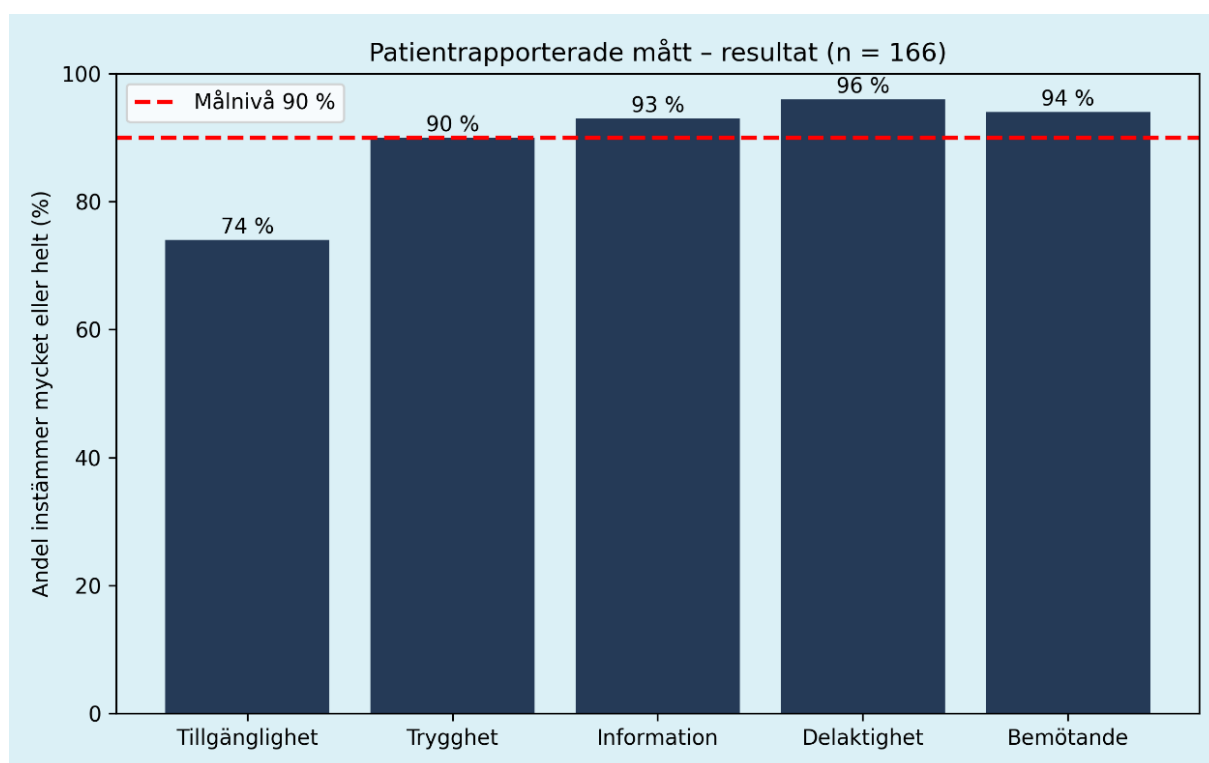
Peer support-verksamheten har tagits emot väl och har ett högt förtroende hos målgruppen. Peer support utgör därmed en central del av verksamhetens arbete med delaktighet och målgruppsinvolvering, i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. 4 §. Funktionen bidrar till att patienters erfarenheter tas tillvara både på individ- och gruppnivå och att delaktighet integreras som en naturlig del av verksamhetens strukturer, arbetssätt och utveckling.

Patientrapporterade mått - samskapad patientenkät

Under 2025 utvecklades en mer ändamålsenlig och mer patientanpassad metod för att samla in patienternas upplevelser. Utvecklingen har skett utifrån ett tydligt samskapande perspektiv där *Peer Support* (se ovan) medverkat i utformningen av frågor, språk och metod för att säkerställa relevans. Delaktighet inkluderas därmed inte enbart som ett mätområde i behandlingsarbetet, utan även genom att Peer Support utgör en aktiv del av kvalitetsarbetet och verksamhetsutvecklingen.

Enkäten genomförs i samband med fysiska vårdmöten och frågorna har anpassats i både formulering och antal. Indikatorerna har valts och utformats från de områden som målgruppen själv bedömer som mest värdefullt – bland annat *tillgänglighet*, *trygghet*, *bemötande*, *information* och *delaktighet*. Målet är att ge ett tillförlitligt underlag för kvalitetsutveckling och att stärka patienternas möjlighet att påverka vården genom strukturerad återkoppling.

Patientenkät 2025



AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Egenkontroll

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

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

Inledning

Skyldigheten att genomföra egenkontroll regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Egenkontroller utgör centrala verktyg i verksamhetens kvalitetsarbete och syftar till att identifiera, förebygga och hantera risker för brister som kan påverka patientsäkerhet och kvalitet. Egenkontroll som verktyg ger förutsättningar för att upptäcka och förebygga brister samt kontrollera lagefterlevnad. Arbetet hålls samman av kvalitetsutvecklare i samverkan med verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare.

Beskrivning av egenkontrollsarbetet

Inför varje verksamhetsår föreslår kvalitetsutvecklare fokusområden för egenkontroll, egenkontrollerna tas fram med stöd av verksamhetsutvecklare och controller tillsammans med chefrepresentant från RKC och Vårdförmedlingen. Kommande års egenkontroll fastställs av ledningsteamet. Arbetet löper enligt årshjul.

Under 2024 togs ett omtag kring organisering av egenkontrollsarbetet, vilket testades vid två center, RKC Skövde och Skellefteå. Den modell som togs fram upplevdes som mer ändamålsenligt och gav ett mer lokalt förankrat och strukturerat kvalitetsarbete. Mot bakgrund av detta breddinfördes modellen som ett löpande och ordinarie arbetssätt i hela avdelningen. Uppföljning av själva egenkontrollsarbete sker genom årlig utvärdering samt genom Kvalitetsdialog. Kvalitetsdialog 2025 ger egenkontrollsarbetet höga poäng och beskrivs som välfungerade och värdebringande av medarbetare och av chefer.

Egenkontroller för Hälsa och Vård

De egenkontroller inom patientsäkerhetsområdet som utförts inom Hälsa och Vård under 2025 är:

Kontroll	Område	Frekvens	Ansvarig
Journalgranskning	Barn som anhörig	Årlig	Verksamhetschef
	Våld i nära relation	Årlig	Verksamhetschef

	Suicidriskbedömningar	Årlig	Verksamhetschef
	Delaktighet – vårdplan	Årlig	Verksamhetschef
	Journalföring	Årlig	Verksamhetschef
Integritet	Behörighetskontroll	Årlig	Kvalitetsutvecklare
	Loggkontroll	Tertial	Kvalitetsutvecklare

Kontroll	Område	Frekvens	Ansvarig
Patientenkät	Patientrapporterade mått*	Årlig	Kvalitetsutvecklare
Kvalitetsdialog – självskattning	Medarbetares medverkan	Vartannat år	Kvalitetsutvecklare

*Se fokusområde patienten som medskapare, ** Redovisas i löpande text

Barn som anhörig

Barn som anhöriga har ett särskilt skydd i svensk lagstiftning:

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) kap 5 § 6–8, Patientsäkerhetslag (2010:659) kap 6 § 5–6, Socialtjänstlag (2001:453) kap 5 § 1, 10 samt Barnkonventionen (2018:1197) Artikel 3,12 och 24

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

Egenkontroll – Barn som anhörig

2025					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Har patienten fått frågan om barn?	74	0	0	1	100%
Har stöd erbjudits till barn	19	2	4	50	76%

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

Sammanfattning och rekommendationer:

- 100 % av patienterna fick frågan om barn, vilket är en förbättring från redan höga 96 % år 2024. Rutinen är implementerad och tillämpas följsamt.
- 76 % av barnen erbjöds stöd, en ökning från 68 % år 2024. Resultatet visar att stödarbetet stärkts och att fler barn säkerställts det stöd de är berättigade till. Dokumentationen är tydligare.
- Samtliga behandlingscenter ingår i egenkontrollen 2025, vilket innebär ett högre totalt antal kontroller än 2024 och därmed ett mer heltäckande resultat.
- ”Nej” och ”Vet ej” (sammanlagt 6 fall) indikerar fortsatt förbättringsutrymme avseende erbjudande och dokumentation av stöd

Fortsatt utvecklingsaktiviteter anges i patientsäkerhetsplan 2026.

Våld i nära relation

Hälso- och sjukvårdens ansvar att uppmärksamma *Våld i nära relationer* (VINR) beskrivs i *HSLF-FS 2022:39, kap 7*. Inom Hälsa och Vård är detta ett prioriterat riskområde där tidig upptäckt är avgörande.

Egenkontroll – Våld i nära relation

2025					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Är frågan ställd om VINR?	43	16	16	0	57%

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

Sammanfattning och rekommendationer:

Endast **35 %** av patienterna fick frågan om VINR under 2024. Resultatet förklaras med att rutinen ännu inte var fullt ut förankrad och att frågan därför inte ställdes konsekvent. Rutinen var vid tillfället relativt ny och medarbetarna behövde mer stöd i hur och när frågan ska tas upp. Sammanfattningsvis identifieras 2024 en tydlig förbättringspotential i att systematisera arbetet och hålla frågan levande genom reflektion och gemensam lärandepraktik.

2025 – Ett år av tydliga förbättringar

- Andelen patienter som fått frågan ökade från **35 % till 57 %**.
- Antalet som rapporterats som ”Ej aktuellt” har minskat till **0**, vilket visar en förbättrad förståelse av att VINR-frågan ska ställas i samtliga patientmöten.

- Ökningen förklaras av:
 - att rutinen nu är mer känd
 - att verksamheterna har arbetat aktivt med området
 - att egenkontrollen 2024 skapade medvetenhet om förbättringsbehov
 - Ett flertal pågående projekt, Webinarium och forskningsprojekt inom avdelningen kring Våld i nära relation.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar resultaten inför 2026 tydlig och positiv progress, men kräver fortsatt stöd och stimulans i form av regelbunden reflektion, träning och stärkt dokumentation, vilket närmare beskrivs i patientsäkerhetsplanen 2026

Suicidriskbedömningar

Riskområde – Suicid

Suicid och suicidförsök är en allvarlig vårdskada om vårdgivaren hade kunnat förhindra det genom adekvata åtgärder men så inte har skett. En bidragande orsak till suicid i vården kan vara att suicidrisken inte bedömts, bedömts fel eller inte vägts in i behandlingsplaneringen. Vårdgivare som möter personer i risk behöver ha ett systematiskt och förbyggande arbetssätt så att rätt åtgärder kan sättas in i ett tidigt skede. Känslor och tankar på suicid är mycket ofta förekommande hos målgruppen och ett symptom på PTSD där behandlingen i sig är en den mest kraftfulla åtgärden. För behandlingscenter för krigs- och tortyrskadade görs strukturerade suicidriskbedömningar på ett systematiskt sätt.

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

Egenkontroll – suicidriskbedömning

2025					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Finns en bedömning under sökordet suicidrisk?	74	1	0	0	99%
Finns utökad mall för de medel/hög risk?	7	1	1	66	78%

2024					
Kategori	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"

Finns en bedömning under sökordet suicidrisk?	55	5	0	0	92%
Finns utökad mall för de medel/hög risk?	5	3	0	52	63%

Sammanfattning och rekommendationer:

Egenkontrollen för suicidriskbedömningar visar förbättrad följsamhet inom området. Den grundläggande suicidriskbedömningen låg på 92 % under 2024, och har under 2025 ytterligare stärkts till 99 %. Rutinen är väl implementerad och att bedömningen genomförs systematiskt och konsekvent för samtliga patienter.

För patienter med medel eller hög suicidrisk har följsamheten till den utökade dokumentationsmallen förbättrats från 63 % år 2024 till 78 % år 2025. Även om underlaget är litet och procenttalen därför mycket känsliga för variation, är utvecklingen positiv och visar att rutinen får bättre genomslag i verksamheten.

Läs mer i fokusområde 3: *Säker vård här och nu*. Planerade aktiviteter redovisas i patientsäkerhetsplan 2026

Delaktighet

Vård och behandling ska utformas i samråd med patienten. Delaktighet i vården regleras främst av *Patientlagen (2014:821) kap 1 §1, 3 §1 och 3, kap 5§* vars syfte är att stärka patientens ställning och främja självbestämmandet. Vården ska utformas i samråd med patienten, som har rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingar för att kunna delta i beslut.

I egenkontroll följs *Vårdplan* som EN indikator av flera, se kapitel *patienten som medskapare* samt *säkerhetskultur*. Vårdplanen ska ses som ett samarbetsdokument mellan patient och arbetslaget kring patienten. Det ska framgå av vårdplanen att patienten bjudits in och utformats i samråd med personal.

Egenkontroll – Vårdplan

2025					
	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Finns en vårdplan?	56	18	1	0	75%
Är VP individuellt utformad vad/när/hur?	53	8	5	9	80%
Är VP gjord i samråd med patienten?	48	10	8	9	73%
Framgår det vilka som är ansvariga i vårdplan?	53	10	3	9	80%

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

Sammanfattning och rekommendationer:

Kvaliteten på vårdplanerna är god överlag när de upprättas, men förekomsten av vårdplaner behöver fortsatt stärkas. Andelen patienter med vårdplan ökade från 69 % år 2024 till 75 % år 2025, vilket är en positiv utveckling men fortsatt inte heltäckande.

Vårdplanernas innehåll är i hög grad individuellt utformat och tydligt dokumenterat. Under 2024 var 85 % av vårdplanerna individuellt utformade, medan motsvarande andel 2025 var 80 %, ett fortsatt gott och stabilt resultat. Andelen vårdplaner som är gjorda i samråd med patienten minskade något, från 80 % till 73 %, vilket visar att det behövs fortsatt fokus för att säkerställa och dokumentera patientens aktiva delaktighet. Dokumentation av ansvariga i vårdplanen ligger stabilt kring 80 % båda åren.

Sammantaget visar resultaten att de vårdplaner som upprättas håller en tydlig och kvalitativ struktur, men att det finns förbättringspotential i att både öka täckningsgraden och stärka delaktigheten i alla delar av processen.

Analys

Det är viktigt att notera att införandet av den vårdplansmodulen som infördes 2024 kraftigt påverkat resultaten. Modulen, som infördes för att underlätta arbetet, visade sig vara tekniskt alltför komplicerad att arbeta i och innehöll flera brister. Medarbetare rapporterade återkommande problem i vårdplansarbetet, vilket sannolikt har påverkat både dokumentationskvalitet och följsamhet på ett negativt sätt.

Arbetet med att åtgärda detta har pågått under året, bland annat genom tematiska genomgångar av mallarna samt en arbetsgrupp som i dialog med leverantören av journalsystem arbetat med att försöka korrigera de tekniska bristerna. Det slutliga beslutet blev att återgå till det tidigare arbetssättet för vårdplaner, med vissa justeringar för att säkerställa ett mer stabilt och användarvänligt sätt.

Åtgärd – plan 2026:

Sammanfattningsvis innebär återgången till ett mer stabilt och användarvänligt arbetssätt för vårdplaner den mest prioriterade åtgärden för att förbättra både dokumentationskvalitet och följsamhet. Resultaten kommer att följas kontinuerligt och följs upp i egenkontroller under kommande

Journalföring

Patientjournalens struktur och innehåll

Patientdatalagen, kap 3 (PDL) samt *HSLF-FS 2016:40 kap 5* beskriver de krav som gäller patientjournalens innehåll. Vårdgivaren ska regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Den granskning som ska genomföras är en form av egenkontroll av den bedrivna verksamheten

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

Egenkontroll – Journalföring

2025					
	Ja	Nej	Vet ej	Ej aktuellt	Andel "JA"
Identitet	52	8	15	0	69%
Har bedömningssamtal hållits?	75	0	0	0	100%
Vidtagna åtgärder beskrivna	73	1	1	0	97%
Är journalerna korrekt skrivna utifrån rutiner/riktlinjer?	74	1	0	0	99%
Finns det en röd tråd i journalerna?	72	2	1	0	96%

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

Sammanfattning och rekommendationer:

Egenkontrollen visar en genomgående hög kvalitet i journalföringen, med flera förbättringar mellan 2024 och 2025. Dokumentationen av bedömningssamtal ligger nu på **100 %**, och beskrivningen av vidtagna åtgärder har stabila **97 %** båda åren. Rutinerna för att beskriva vårdförloppet är väl förankrade och följsamma.

Följsamheten till rutiner och riktlinjer i journalerna har ökat från **92 % till 99 %**, och andelen journaler som uppvisar en tydlig röd tråd har förbättrats marginellt från **93 % till 96 %**. Detta är viktiga indikatorer på kvalitet, kontinuitet och läsbarhet, och resultaten visar att dokumentationen är både strukturerad och sammanhängande.

Den största förbättringen mellan åren gäller dokumentation av **patientens identitet**, som ökat från **59 % till 69 %**. Även om resultatet är högre är det fortfarande lägre än övriga områden. Identitetsfrågan är särskilt komplex i verksamheter som möter patienter med reservnummer, bristande ID-handlingar eller lever i papperslös status – en faktor som påverkar utfallet kraftigt.

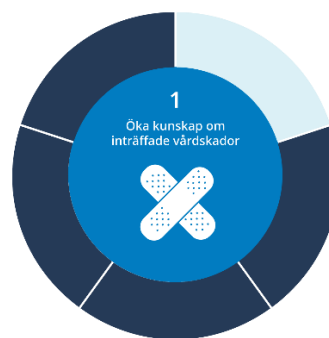
Åtgärd 2026

Sammanfattningsvis blir det fortsatta utvecklingsarbetet kring patientidentitet starkt beroende av tekniska förbättringar och den pågående dialogen med systemleverantören, vilket är avgörande för att säkerställa mer träffsäkra, användarvänliga och rättssäkra rutiner under 2026

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Fokusområde 1

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



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

Systematiskt arbete kring ökad kunskap om vårdskador

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

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

Alla verksamheter ska ha de organisatoriska förutsättningar som behövs för att ge utrymme till att samtala och reflektera över risker, avvikelser och/eller negativa händelser som lett till vårdskador.

Händelseanalyser och Lex Maria

Verksamhetschefen är ansvarig för att utreda händelser där det funnits risk för att patienten kunnat skadas eller där patienter kommit till skada. Avdelningschef kan enskilt eller tillsammans med verksamhetschefen besluta om att göra en fördjupad analys av händelsen och eventuell anmälan enligt Lex Maria. Kvalitetsutvecklare finns som stöd till den som utsetts till utredningsledare.

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

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

För att ytterligare förbättra rättssäkerheten finns en särskild utredningsmodul i systemet som säkerställer att handläggningsflödet vid utredningen följer en fastställd process. Modulen säkerställer en skyndsam, enhetlig och spårbar hantering av ärenden samt att obligatoriska delarna inte missas. Här ingår att säkerställa att patienten själv och eventuella anhöriga inkluderas i utredningen.

Kvalitetsdialogerna 2025 visar dock att många medarbetare behöver stärka sina kunskaper om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Maria. ”Vet ej” var det vanligaste svaret, vilket tydligt indikerar osäkerhet både kring gällande rutiner och hur handläggningen ska genomföras. För att vårdgivaren ska kunna fullfölja sin anmälningskyldighet enligt PSL 3 kap. 5 § krävs att verksamheten har en tydlig och fungerande process som fångar upp händelser och stödjer beslutsfattandet, samtidigt som medarbetare är medvetna om sin rapporteringsskyldighet och vet hur den ska tillämpas. Även om medarbetare uppger att de känner sig trygga i den kliniska vården, anger fem av sex center att de inte helt känner till handläggningsrutinerna för Lex Maria. En översyn av rutinerna samt förtydligad handläggningsprocess ingår i patientsäkerhetsplanen för 2026.

Påstående	Svar
Det finns rutiner för anmälningar enligt Lex Maria	Vet ej
Allvarliga händelser utreds noggrant och leder till åtgärder	Vet ej
Vi sprider lärdomar från Lex Maria-fallen i verksamheten	Vet ej

Medarbetarfråga i Kvalitetsdialog 2025

Under 2025 har det inte rapporterats in någon händelse som lett till en allvarlig vårdskada.

Lex Maria

År	Antal
2025	0
2024	0
2023	0

Lex Sarah

Verksamheten lyder inte under SoL eller LSS men möter patientgrupper som ofta har stödbehov från många olika aktörer.

Det är inte ovanligt att avvikelser och missförhållanden kring patienten gäller en annan aktör som tex Socialtjänst och som berörs av andra lagrum. I ärenden som rör barn eller våld i nära relation kan situationer uppstå där behovet att påtala brister är särskilt angelägen. Missförhållanden hos annan aktör gällande omsorgssvikt enligt Lex Sarah kan inte initieras av enheten själv utan kan endast påtalas till den aktör där avvikelserna eller misshållandet ägt rum. I de fall där ärenden behöver lämnas över har rutinerna stärkts. Rutiner och arbetssätt för att anmäla till IVO har stärkts. Också här finns särskilt processtöd i avvikelssystem för säker handläggning vid överlämnande av ärendet samt en modul som säkerställer handläggningen. Antal överlämnade ärenden:

Lex Sarah – Anmald till extern part

År	Antal
2025	0
2024	1
2023	0

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 bejaskas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.”



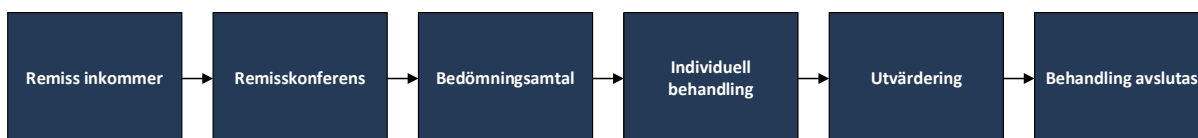
En process är en serie av steg eller aktiviteter som utförs i en viss ordning för att uppnå ett specifikt mål eller resultat. I ett vårdssammanhang kan en process beskriva hur en patient tas emot, bedöms, behandlas och följs upp. Processen säkerställer att vård och behandling ges på ett genomtänkt sätt, med jämn kvalitet och med minskad risk för misstag. Där samsyn råder kring hur olika processer och arbetsuppgifter ska utföras minskar utrymmet för oönskad variation i vårdförloppet.

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

Remissdraging sker via tvärprofessionella möten. Huvudprocessen beskriver det övergripande patientflödet och är kompletterad med underprocesser där det är relevant. Eftersom verksamheterna ständigt utvecklas – med förändrade behov, nya arbetssätt och tekniska lösningar – behöver processer regelbundet ses över för att hållas aktuella och relevanta. *RKC Uppsala* som specifikt tar emot barn som patienter har processer för handläggningen samt processer för familjebehandling. Övriga processer inom avdelningen är flödesschema för utredning av *tortyrskador enligt Istanbulprotokoll (IP)* samt *Vårdförmedlingen* för sin stöd- och rådgivningsfunktion.

Arbetet med processer följs upp i kvalitetsdialoger av kvalitetsutvecklare. Resultat från 2025 visar att varje center har väl genomarbetade processer som uppdateras vid behov - men det finns ett behov att få dessa nedtecknade på ett unisont sätt samt att processer, underprocesser och stödprocesser behöver presenteras i kvalitetsledningssystemet på ett mer tillgängligt sätt för medarbetare och gärna kunna revideras på ett enkelt sätt vid behov.

Principillustration



Behandlingsprocess RKC

2025

Förbättrande åtgärder - Nytt digitalt stöd

Under 2025 påbörjades ett större planerat utvecklingsarbete med att förbereda upphandling av digitalt stöd för kvalitetsledning. Produktägare för IT samt kvalitetsutvecklare projektleder arbetet som involverar hela avdelningen. Arbetet syftar till säkrare dokumentstyrning samt bättre processkartläggningsverktyg - men framför allt en tydligare presentation av alla de processer som finns. Arbetet har löpt under hösten

med förberedande arbete som löper under 2026. Processkartläggningar sker 2026 för att läggas över i det nya systemet.

Stödprocess – vårdrutin

En annan processkartläggning är behovet att se över kvalitetsprocesser – hur en vårdrutin tas fram och bearbetas för att nå slutgiltig publicering. Ett avdelningsövergripande projekt som påbörjades hösten 2025 och löper hela 2026.

Säker vård här och nu

Fokusområde 3

”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.

Fokusområdet beskriver de konkreta rutiner, verktyg och arbetsmetoder som används för att omedelbart förebygga och hantera risker när de uppstår i det kliniska arbetet. Mer långsiktiga, strategiska risker redovisas i fokusområde 5 ”Öka riskmedvetenhet och beredskap”

Systematiskt riskhanteringsarbete

Verksamheterna arbetar systematiskt med att identifiera, bedöma, åtgärda och följa upp risker i enlighet med gällande föreskrifter. Allvarligare risker som uppstår i det dagliga arbetet rapporteras i avvikelssystemet och diskuteras löpande i verksamheten. En central förutsättning för ett välfungerande riskarbete är medarbetarnas medvetenhet, professionella omdöme och att det finns en trygg rapporteringskultur där risker som lyfts tas emot och hanteras seriöst.

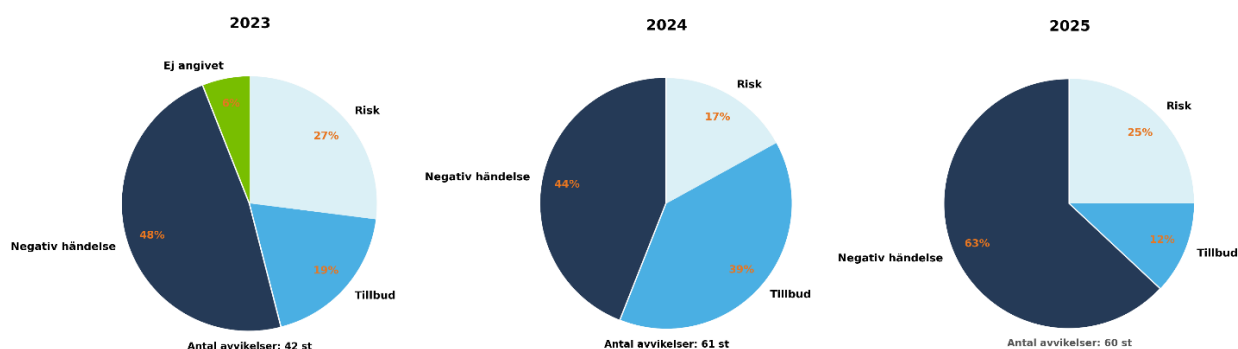
Risker kring patienten identifieras och lyfts regelbundet i behandlingskonferenser och sammanställs även på aggregerad nivå för att skapa en övergripande bild av verksamhetens

mest betydande riskområden. Dessa riskområden utgörs av de områden som avdelningen bedömer som mest centrala att följa och åtgärda. Arbetet med riskbedömning följs upp genom egenkontroll, avvikelssystemet och i kvalitetsdialogerna.

Fördelning risker 2025

Typ	Antal	Fördelning
Negativ händelse	35	58,3%
Risk	14	23,3%
Tillbud	11	18,3%
Totalt	60	100,0%

Samlad översikt 2023 – 2024 - 2025



Uppföljning

I kvalitetsdialogen 2025 framkommer att två av sex vårdenheter bedömer att riskbedömning genomförs på ett tillfredsställande sätt, men att arbetet huvudsakligen sker integrerat i det dagliga arbetet snarare än genom tydligt strukturerade processer. Det speglas i avvikelssystemet där tendensen att rapportera äger rum när en händelse inträffat. Att stärka riskmedvetenheten och synliggöra risker på ett mer systematiskt sätt är därför ett pågående utvecklingsområde.

Nedan följer de huvudområden som bedömts utgöra de mest betydande riskerna i verksamheten:

Riskområde 1 - Psykiskt ohälsa och suicidrisk

Patientgruppens sårbarhet är en följd av krigserfarenheter, tortyr och långvariga trauman. Den mest allvarliga risken är att patienten avbryter sin behandling, vilket innebär att psykiskt lidande kvarstår eller förvärras. Suicidtankar är vanligt förekommande i

målgruppen och ingår i sjukdomsbilden, vilket innebär att suicidrisk bedöms som ett särskilt uppmärksammat område.

Bedömningsprocessen avseende suicid initieras redan i remisshanteringen innan patienten tas emot. Strukturerade suicidriskbedömningar genomförs av psykolog eller psykoterapeut i början av varje behandling med hjälp av standardiserade skattningsinstrument.

Åtgärder, bedömningar och handlingsplaner journalförs i enlighet med gällande lagstiftning, och suicidrisker diskuteras regelbundet på behandlingskonferenser för att säkerställa kontinuitet och kvalitet i bedömningen. Alla åtgärder och handlingsplaner journalförs, och suicidrisker diskuteras regelbundet på behandlingskonferenser.

Uppföljning

Organisationen fortsätter med regelbundna stickprov och egenkontroller av suicidriskbedömningar för att säkerställa att bedömningar genomförs och dokumenteras enligt rutin. Som visats i kapitlet om *egenkontroll* uppmärksammas suicid i mycket hög utsträckning 99 % men att de med behov av utökad bedömning behöver fortsätta följas (79 %).

Utvecklingsarbete kring riskbedömning 2025–2026 – från risk till prevention

Under 2024–2025 lyfts det faktum att flera vanligt förekommande riskbedömningsinstrument som används idag inom hälso- och sjukvård är trubbiga instrument för att fånga upp risker samt har en svag evidens. Ett större vårdutvecklingsarbete initierades 2025 med syfte att:

- skifta fokus från suicidrisk till suicidprevention
- inventera befintliga bedömningsinstrument
- uppdatera och införa mer evidensbaserade och anpassade arbetssätt
- stärka arbetet med handlingsplaner vad gäller tydlighet, uppföljning och ansvarsfördelning.

Arbetet följs enligt verksamhetens patientsäkerhetsplan för 2026

Riskområde 2 – Avbrutna vårdkontakter

En särskilt utsatt grupp utgörs av patienter som är papperslösa, befinner sig i s.k. limbosituationen i migrationsprocessen eller står inför förvar eller utvisningsbeslut. Plötsliga förändringar förflyttning av patienten innebär att pågående behandling plötsligt kan avbrytas eller bli svårtillgänglig. Dessa avbrott utgör inte bara en humanitär fråga utan även en betydande patientsäkerhetsrisk.

Åtgärd

- **Intensivbehandling**

Ett centralt utvecklingsområde har varit att anpassa behandlingsmodeller för patienter med instabil livssituation. Under 2023 togs en modell för intensivbehandling fram. Metoden möjliggör att nödvändig behandling blir mer tidseffektiv och kan genomföras på kortare tid. Viktigt för den som befinner sig någonstans i asylprocessen och som kan komma att flyttas på kort varsel. Efter en lyckad testperiod har intensivbehandlingen successivt breddats och är under 2025 införd på samtliga behandlingscenter.

- **Behandling och stöd via digitala format**

Möjligheten att delta i behandling via digitala format blir allt viktigare för patienter som av olika skäl har svårt att ta sig till behandlingscentret. Det kan gälla personer som har långa resvägar eller är förvarstagna. I takt med kommande förändringar i migrationspolitiken förväntas behovet av anpassade arbetssätt att öka. Ett prioriterat utvecklingsområde är att ersätta nuvarande system för digitala vårdmöten med ett mer ändamålsenligt system. Systembyte sker under februari 2026.

Riskområde 3 – Brister i vårdens övergångar

Ett av de främsta riskområdena inom Hälsa och Vård gäller annan vårdgivare, där samordningen kring patienten brister eller inte fungerar fullt ut. Röda Korsets vårdverksamheter uppmärksammar årligen ett antal avvikelser och risker för vårdskada till följd av bristande följsamhet till rutiner och regelverk hos andra vårdgivare. Vid sådana situationer skickas avvikelser till berörda externa aktörer för hantering.

Åtgärd

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

Som anges i kapitel *extern samverkan* finns fungerande strukturer, men eftersom detta är det största riskområdet är det ett löpande arbete att förbättra och utveckla insatserna för att säkerställa samverkan.

Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområde 4

”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.”



Patientavvikelser

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

Systematiskt arbete med patientavvikelser

Det övergripande förbättringsområdet för 2024 var införandet av ett mer ändamålsenligt digitalt verktyg för rapportering och uppföljning av avvikelser. Systemet lanserades inför januari 2025 och har använts under året. Systemet möjliggör enklare framtagning av statistik, skapar högre grad av delaktighet och ger medarbetare en tydligare återkoppling. Presentationer i PDF-format har utformats på ett pedagogiskt och lättillgängligt sätt för att stimulera till reflektion.

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

- En utvärdering av systemet visar stor nöjdhet
- Kvalitetsdialoger skattar avvikelsearbetet högt vilket är en kraftig förflyttning från 2023.

Rapporterade avvikelser

År	Antal
2025	60
2024	61
2023	42

Kategorier

Typ av händelse	Antal	Fördelning
Kommunikation och informationsöverföring	15	18,3%
Vårdsystem, IT och välfärdsteknik	14	17,1%
Informationssäkerhet	12	14,6%
Tillgänglighet	9	11,0%
Utförande av behandling, insats eller åtgärd	9	11,0%
Journalföring	8	9,8%
Övrig	5	6,1%
Samverkan	3	3,7%
Fall	3	3,7%
Bemötande	2	2,4%
Hot och våld	1	1,2%
Medicintekniska produkter	1	1,2%
Totalt	82	100,0%

*Kommentar – totalt antal skiljer sig då det går att klicka i flerval

Tabell: Avvikelse typer och exempel

Avvikelse typ	Exempel på händelser
Kommunikation och informationsöverföring	• Remiss som inte kommit fram och lett till utebliven vårdkontakt • Felaktiga personuppgifter i intyg till myndighet • Tolk som uteblivit eller tolkning av dålig kvalitet • Väsentlig vårdinformation som uteblivit mellan vårdgivare
Vårdsystem	• SMS-bokningar som inte gått fram till patienten • Lösenordsbyten som misslyckats • Tekniska buggar i nyinförda system • Faxproblem som påverkar informationsöverföring • Digitala vårdsystem som inte fungerar och påverkar bemötande, kvalitet och tillgänglighet
Informationssäkerhet	• Brott mot tystnadsplikt/sekretess • Olovlig journalöppning

	• Osäker lagring av känsliga data • Kallelser som skickats till fel patient • Otillräcklig ljudisolering/Öppna lokaler som äventyrar sekretess • Personuppgifter skrivna på fel patient
Tillgänglighet	• Nekad vård av extern aktör på felaktig grund • Nekat stöd från myndighet eller socialtjänst med påverkan på vård

Klagomål och synpunkter

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

Systematiskt arbete med klagomål och synpunkter

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

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

Rapporterade synpunkter och klagomål

År	Antal
2025	0
2024	1
2023	0

Analys

Antalet inkomna formella klagomål och synpunkter är fortsatt lågt. Möjliga orsaker:

- Klagomål och synpunkter hanteras ofta löpande och fångas upp direkt i det behandlande arbetet, vilket i sig är positivt och kan minska behovet av formella anmälningar.
- Patienter utan uppehållstillstånd befinner sig i en särskilt utsatt situation och kan av flera skäl känna ovilja eller osäkerhet inför att framföra synpunkter.
- Bristande kunskap om patienträttigheter kan utgöra en barriär för att lämna klagomål.

- Språkliga hinder kan göra det svårt att ta till sig information om hur man lämnar synpunkter, särskilt om informationen främst finns på svenska.
- Kännedom om den digitala brevlådan och möjligheten att lämna formella klagomål kan vara otillräckligt kommunicerad till patienterna.

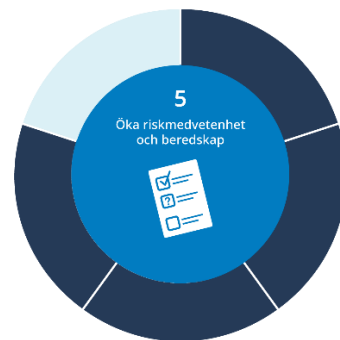
Detta knyter även an till kapitlet *Patienten som medskapare*, där betydelsen av patientens roll i säkerhetsarbetet lyfts fram. Formatet för att lämna in synpunkter kan behöva anpassas särskilt till målgruppen. *Peer support*, fokusgrupper eller andra former av brukarinvolvering är möjliga vägar framåt för att fånga upp eventuella synpunkter och klagomål.

Oavsett om patienten är nöjd eller missnöjd med den vård och behandling som ges behöver det finnas *tydliga och rättssäkra kanaler* för att rapportera eventuella synpunkter och klagomål. Patienten har även rätt att veta **hur** en sådan rapportering går till. Det ska också poängteras att vårdgivaren har en skyldighet att skapa fungerande rapporteringskanaler för patienter.

Sammanfattningsvis behöver formatet ses över och anpassas, och alternativa metoder såsom Peer support eller annan brukarinvolvering kan vara värdefulla arbetssätt att utveckla vidare.

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.”



Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt och långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, samt under oväntade och påfrestande förhållanden såsom allvarliga driftstörningar, personalbortfall eller andra samhällsstörningar.

Kapitlet beskriver hur *Hälsa och Vård* bygger sin mer långsiktiga förmåga att identifiera, förstå och hantera risker som kan påverka patientsäkerheten, både i vardag och i kris.

Riskmedvetenhet innebär att systematiskt uppmärksamma faktorer som kan leda till vårdskador eller försämrad vårdkvalitet, här åsyftas mer långsiktiga risker kopplade som till exempel kompetensförsörjning, såsom personalbrist, sårbarhet vid

nyckelkompetenser och behov av rätt kompetens vid förändrade arbetssätt. Brister eller störningar i IT-system, journalsystem eller digital kommunikation kan få konsekvenser för vårdens funktion och patientsäkerhet, särskilt i kris- och beredskapssituationer. Andra risker kan röra demografiska förändringar, klimatpåverkan och långsiktigt ekonomiska risker. Genom att synliggöra dessa risker skapas förutsättningar för att förebygga negativa händelser och stärka verksamhetens motståndskraft

Strategisk riskanalys kring kvalitet och patientsäkerhet

Organisationen använder digitalt riskbedömningsverktyg för att systematiskt identifiera och hantera övergripande strategiska risker. Bedömningar görs två gånger per år som en del av verksamhetsplaneringen. Analysen omfattar demografiska förändringar, politiska och finansiella risker, regelverksefterlevnad, förtroenderisker, operativa risker som IT-störningar samt integritetsrisker. Även konkreta risker som bristande bemanning och kompetens ingår.

Riskerna poängsätts där åtgärder planeras, genomförs och följs upp. Under 2024 var IT-relaterade risker bland de högst rankade, vilket ledde till förstärkning 2025 genom anställning av en IT-resurs, översyn av vårdssystem samt införande av nya arbetssätt. Andra risker som uppmärksammades rörde informationssäkerhet, vilket redovisas i kapitel *Informationssäkerhet*. Höstens riskbedömning 2025 visar att insatserna haft avsedd effekt och att dessa risker har minskat till normala nivåer.

Fortsatt höga risker gäller förändringar i regelverk och migrationslagstiftning, vilket ger kraftig påverkan på kvalitet och patientsäkerhet för de patientgrupper som verksamheterna möter. Uppföljning sker i nästa riskbedömning våren 2026

2025

Åtgärd	Beskrivning	Status
Vårdssystem	Ärendehanteringssystem – Vårdförmedlingen	Lanserad 2025
Översyn av manuella rutiner vid driftstopp	Översyn av rutiner för hantering av driftstopp i verksamhetskritiska vårdssystem	Publicerad rutin
Beredskapsplaner	Digitala vårdssystem	Påbörjad
Översyn av nätverk och datorer	Löpande systematiskt förebyggande arbete för att motverka störningar.	Publicerad rutin

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Patientsäkerhetsplan 2026 - Avdelning Hälsa och Vård

Inledning

I patientsäkerhetsplanen redovisas hur Svenska Röda Korset, som ansvarig vårdgivare, ska leva upp till kraven på en god och säker vård och hur avdelning Hälsa och Vård planerar att genomföra arbetet för det kommande året. Under 2025 utformas mål för respektive fokusområde i enlighet med Socialstyrelsens nationella mall för säker vård. Arbetet följer avdelningen Hälsa och Vårds årshjul och ingår som en del av Hälsa och Vårds övergripande verksamhetsplanering. Patientsäkerhetsplanen bifogas verksamhetsplanen och presenteras som en bilaga till styrelsen för Svenska Röda Korset

Datum

2025-12-19

Dokumentansvarig:

Lars Blomlid, Kvalitetsutvecklare – Avdelning Hälsa och Vård

Godkänd av

Ulrika Wickman, Avdelningschef – Avdelning Hälsa och Vård

Mål och strategier för kommande år

Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och att förhindra mänskligt lidande

Omvärld:

Förändringar inom migrationspolitiken och en nedmontering av sociala skyddsnät påverkar tillgången till vård och stöd för de patientgrupper som Avdelning Hälsa och Vård möter. Den globala och nationella omvärldsutvecklingen – med pågående konflikter, oro kring politikens riktning, ökad ekonomisk utsatthet och våld i eftersatta områden – förstärker sårbarheten och medför negativa hälsoeffekter för våra målgrupper. Diskriminering och minskat stöd från andra aktörer ökar utsattheten ytterligare.

Vårt åtagande:

Vi arbetar för att säkerställa rätten till god och jämlik hälsa, säkra tillgång till vård- och behandlingsinsatser nationellt och internationellt, samt möta ökande behov kopplat till psykisk hälsa och psykosocialt stöd för de målgrupper som Hälsa och Vård HoV vänder sig till.

Prioriteringar 2026

Patientsäkerhet och kvalitet:

I en ökad utsatthet är Hälsa och Vårds huvudsakliga prioritet att fortsätta erbjuda vård och behandling på vårdenheterna, både på behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) och Vårdförmedlingen. Arbetet innebär att hålla fast vid att möta patienters behov, att upprätthålla och utveckla det systematiska kvalitetsarbetet, fortsatt metodutveckling inom den vård som erbjuds, samt forskning inom ramen för forskningssamarbete med Röda Korsets Högskola

Kapitel 1: Grundläggande förutsättningar för säker vård

Mål	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Engagerad ledning och tydlig styrning <i>"En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer"</i>	Införande av digitalt stöd för kvalitetsledning Införande av ett digitalt stöd för kvalitetsledningssystem fortsätter enligt projekt- och digitaliseringsplan 2025. Steg ett 2026 är införande av system för säker dokumenthantering samt stöd för visualisering av vårdprocesser för efterlevnad till kraven i SOSFS 2011:9 4 kap 2–4 § Processkartläggning: Varje centers viktigaste vårdprocesser finns i Visioformat	Hälsa och Vård (framöver HoV)	Kvalitetsutvecklare	SOSFS 2011:9 4 kap. 2–4 §
	Beslutsprocess – Vårdrutiner En framtagen beslutsprocess för hur vårdrutiner tas fram eller uppdateras inom Hälsa och Vård. Processen säkerställer beslutspunkter, deadlines, prioritering och intressenters deltagande. Ett flödesschema ska ha tagits fram och publicerats. De vårdrutiner som tas fram under 2026 ska testas genom denna process. Processens effektivitet och prestanda utvärderas kontinuerligt och sammanfattas vid årets slut	HoV	Arbetsgrupp: "Beslutsvägar"	SOSFS 2011:9 4 kap. 2–4 §
	Extern samverkan för att förebygga vårdskador <i>Hinder för vård</i> Det arbetssätt för insamling av vittnesmål och erfarenheter från vårdverksamheterna som arbetats fram under 2025 vidareutvecklas och systematiseras under 2026. Syftet är att identifiera och kartlägga hinder i extern samverkan, exempelvis med andra vårdgivare eller myndigheter, som leder till vårdavvikelse, brister i bemötande eller hinder för HoVs patienter att få vård. Insamlingen omfattar både kvalitativa och kvantitativa mått och används för att belysa problemområden, påverka beslutsfattare och utveckla samarbetsformer som underlättar för patienter att söka vård. En sammanställning med analys och handlingsplan ska ha tagits fram vid årets slut	HoV	Tematisk rådgivare: Påverkan Arbetsgrupp: Påverkan	SOSFS 2011:9 4 kap. 5–6 §

	Informationssäkerhet HSLF-FS 2016:40 1. Teknikstöd och upprättade vådrutiner för hantering av ID-kontroll, personnummer och reservnummer ska ha införts under 2026. 2. Kontinuitetsplan ska finnas för samtliga vårdssystem: (<i>Pexip, Collabroom, Customer Service och SecureMail</i>) 3. Samtliga vårdssystem ska ha publicerade vådrutiner för driftstopp. 4. Uppdaterade informationsklassificeringar och riskbedömningar finns för samtliga vårdssystem. Åtgärdsplaner finns i de fall risker har konstaterats. 5. Flerfaktorsautentisering: En upprättad åtgärdsplan ska ha tagits fram	HoV	Huvudansvarig: Informationsägare (avdelningschef) Produktägare IT- och vård (1,5) Produktägare för respektive vårdssystem (2,3,4)	HSLF-FS 2016:40
--	---	-----	--	--------------------

Mål	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
En god säkerhetskultur <i>Här beskrivs hur HoV arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Här beskrivs hur HoV skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra. Här beskrivs hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs</i>	Handlingsplan för jämlikt bemötande och minskad postmigratorisk stress Arbetet med handlingsplanen pågår och fortsätter in i 2026, med syfte att stärka ett icke-rasistiskt och inkluderande bemötande av patienter. Enhet inom avdelning Hälsa och Vård tar fram sin egen handlingsplan vilka mynnar ut i en avdelningsplan. Enheterna inom avd Hälsa och Vård tar fram sin egen handlingsplan vilka mynnar ut i en avdelningsövergripande plan	HoV	Avdelningschef Enhetschefer/verksamhetschefer	
	Patientsäkerhetskultur Mätmetoden för patientsäkerhetskultur, <i>Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)</i> , bibehålls som underlag för dialoger i arbetsgrupper och ledning kring trygghet och säkerhetskultur. Resultaten från mätningen analyseras på enhets- och avdelningsnivå, följs upp med relevanta åtgärder samt används som reflektionsunderlag i det löpande kvalitets- och förbättringsarbetet. Ett uppföljningsmöte ska ha hållits ett halvår senare	HoV	Kvalitetsutvecklare HR-partner	
	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Kvalitetsdialoger införs som ett standardiserat arbetssätt. Genomförs vartannat år.	HoV	Kvalitetsutvecklare	SOSFS 2011:9 6 kap. 3 §

	Lägerbål som metod för arbetsmiljö Under 2026 fortsätter månatliga lägerbål enligt den norska psykologen Per Isdals metod för att främja arbetsmiljö och hantera personalens reaktioner på arbetet med svårt psykiskt lidande. Syftet är att skapa en trygg och hållande miljö där personalen kan ventilerar och dela sina reaktioner utan värderingar eller krav på lösningar, för att minska påverkan av patienternas lidande på det egna välmåendet	RKC Skövde	Verksamhetschef	
--	--	------------	-----------------	--

Mål	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Adekvat kunskap och kompetens <i>Här beskriv hur yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.</i> <i>Här beskriv även hur HoV arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.</i>	Kompetensutveckling sker löpande och vilar i huvudsak på fyra ben: - Lärande genom att utföra, öva och att få nya erfarenheter - Vägledning, till exempel av senior kollega eller handledare - Observation av och återkoppling på eget utförande, exempelvis inom ramen för handledning - Utbildning Syfte: Att stärka och säkra medarbetarnas kompetens inom evidensbaserade och beprövade behandlingsmetoder inom traumabehandling för att erbjuda effektiva och etiska insatser, relevanta för patientgrupp och verksamhet. Mål: Fördjupa kunskaper i relevanta metoder utifrån behov och säkerställa tillämpning av evidensbaserade och beprövade metoder genom kontinuerlig övning, utbildning, metoddiskussioner och handledning. Varje höst görs kartläggning i HoV:s ledningsteam i syfte att identifiera behov både på individ och gruppnivå. Detta för att samordna gemensamma utbildningssatsningar och prioritera fördelningen av medel för kompetensutveckling inför kommande budgetår. Arbetet sker löpande över året. För 2026: - För psykologer (HoV) erbjuds löpande utbildning och kompetensutveckling i metoderna EMDR, PE och NET, så också 2026 - För fysioterapeuter (HoV) – se nedan (smärtskolan)	HoV	Avdelningschef	
	Smärtskola – Implementering och utveckling	RKC Malmö	Verksamhetschef	

	Under 2026 planeras vidareutveckling och implementering av <i>Smärtskolan</i> samt tillhörande psykoedukativa och rörelsebaserade program. Utbildning av fysioterapeuter vid övriga center kommer att genomföras för att säkerställa ett enhetligt arbetssätt och stärka kompetensen inom organisationen. Samtidigt undersöks möjligheten att initiera en forskningsansats för att utvärdera och vidareutveckla Smärtskolans effekter och arbetssätt			
	Våld i nära relation För kuratorer (RKC Malmö) har medel avsatts för att erbjuda några medarbetare utbildning på högskolenivå i ämnet <i>Våld i nära relationer</i> under 2026.	RKC Malmö	Verksamhetschef	

Mål	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Patienten som medskapare <i>Här beskrivs struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet</i>	Samskapad patientenkät Under 2026 utvecklas patientenkäten ytterligare genom digital innovation och patientdelaktighet. Förbättrade metoder för insamling, dokumentation och analys av patienternas synpunkter sker i samverkan med Peer Support och stöd av SRK:s digitaliserings- och innovationsgrupp	HoV	Kvalitetsutvecklare	
	Lansering av nya filmer på stödguiden om traumabehandling Under 2026 lanseras filmer på Stödguiden för psykisk hälsa i samarbete med Peer supportrar från behandlingscentren i Göteborg, Skövde och Vänersborg. Filmerna, baserade på patienterfarenheter, beskriver teman som traumabehandling, att våga prata om sitt mående och att kunna be om hjälp. Syftet är att skapa igenkänning så fler kan ta steget till att söka stöd och hjälp	HoV	Verksamhetsutvecklare: Psykisk hälsa och psykosocialt stöd	
	Peer Support Arbetet med att stärka målgruppens delaktighet och brukarperspektivet genom stöd av Peer Supporter fortsätter 2026. Arbetet sker enligt projektplan med en utvärdering av metoden under året	RKC Göteborg RKC Skövde	Verksamhetschefer	
	Uppsökande arbete	RKC Göteborg RKC Skövde	Verksamhetschefer	

	Fortsatt samarbete mellan lokala frivilligorganisationer för att främja vägar in till vården för de patientgrupper som HoV vänder sig till. Målet är att sänka trösklarna till vårdkontakt, skapa tillit och erbjuda informationsinsats hur vården fungerar.			
	Införande av brukarråd RKC Skövde. Under 2026 planeras uppstart av brukarråd vid RKC Skövde. Råden kommer att ledas av Peer support. Brukarråden kommer att genomföras två gånger per år. RKC Malmö. Undersöker möjligheten att upprätta ett brukarråd. Rådet ska bestå av personer med levd erfarenhet av tortyr, flykt eller svåra krigsupplevelser Brukarrådet ska bestå av före detta patienter som genomgått behandling på centret.	RKC Skövde RKC Malmö	Verksamhetschefer: RKC Skövde RKC Malmö	
	Gruppverksamheter – RKC Skövde Trygga grupper: - Insatser för kvinnor som upplevt flykt och könsrelaterat våld fortsätter hos RKC Skövde under 2026. Kvinnogrupper, mansgrupper, PE-grupper (<i>Prolonged Exposure</i>), rörelsegrupper med olika svårighetsgrad samt barnverksamhetens grupper; såsom <i>Flyktfåglarna</i> och ungdomsgrupper (<i>Dost</i>) fortsätter. De med särskilt hög popularitet, framför allt rörelsegrupper och mansgrupper kommer att utökas under 2026	RKC Skövde	Verksamhetschef: RKC Skövde	
	Behovskartläggning om tillgång till vård för papperslösa – handlingsplan Vårdförmedlingen följer framtagna handlingsplan från 2024. Handlingsplanen resulterar i konkreta förändringar och arbetssätt där målgruppen får en tydligare röst in i verksamhetens utvecklingsarbete. Arbetet utgår från behovskartläggning om tillgång till vård för människor i papperslöshet	Vårdförmedlingen Göteborg Stockholm	Enhetschef Vårdförmedlingen	

Kapitel 2: Agera för säker vård

Fokusområde 1 - Öka kunskap om inträffade vårdskador

Fokusområdet syftar till att skapa medvetenhet om tillbud, avvikelser och negativa händelser inom avdelningen, för att använda denna kunskap för att förebygga vårdskador och stärka patientsäkerhet. Planeringen för 2026 bygger på data från patientavvikelser, incidentrapporter, synpunkter och klagomål, kvalitetsdialoger samt systematiskt lägefterlevnadsstöd. Denna information används för nedan angivna avvikelseområden, vilket följs upp genom följande egenkontroller:

Område	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Öka kunskap om inträffade vårdskador <i>"En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer"</i>	Följande egenkontroller följs under 2026 - Suicidriskbedömning - Delaktighet (Vårdplan) - Anhöriga/Barn som anhöriga - Våld i nära relationer - Journalföring enligt HSLF-FS 2016:40 kap 5, § 1–6 (inklusive ID-kontroll, reservnummer och LMA-nummer) - Informationssäkerhet (Loggkontroll och behörighetskontroll)	HoV	Kvalitetsutvecklare	SOSFS 2011:9 kap. 1–8 § HSLF-FS 2016:40 kap 5 § 1–6 PDL 4 kap. 3 §

Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområdet syftar till att säkerställa att vårdprocesser och rutinarbetet fungerar konsekvent inom området, så att patientsäkerheten upprätthålls i hela verksamheten. Under 2026 används egenkontroller, insamling av data och systematisk uppföljning för att upprätta, uppdatera och visualisera processbeskrivningar och tillhörande rutiner, så att de blir tydliga, tillgängliga och integrerade i det dagliga arbetet utifrån föreskrift (SOSFS 2011:9 kap 4, 2–3§)

Område	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Processer och rutiner	Suicidriskbedömning Översyn av processen för suicidriskbedömningar, från identifiering av risker, via strukturerad bedömning, till upprättande och genomförande av handlingsplan. Nya forskningsrön används för att förbättra bedömningsinstrument och rutiner. Tyngdpunkten ligger på hur handlingsplaner utformas, dokumenteras och följs upp. Mallar i journalsystemet har setts över.	HoV	Verksamhetschefer Kvalitetsutvecklare	SOSFS 2011:9 kap 4 § 2–4.
	Delaktighet - Vårdplan Nya uppdaterade rutiner för att säkerställa patientdelaktighet i vårdplaner följs upp och uppdateras	HoV	Kvalitetsutvecklare Verksamhetschef: RKC Malmö	Patientlagen 2014:821, 5 kap, 1, 3 §

	Barn som anhöriga Processer för att inkludera och stödja barn som anhöriga till patienter säkerställs. Implementering av screeninginstrument/samtalsstöd för att identifiera våldsutsatta barn som även kan ha utsatts för tortyr. Screeningmetoden för att fånga upp och identifiera barn fortsätter att utvecklas, inklusive samtalsstöd. Intervjuer med professionella inom vård och omsorg genomförs med syfte att förbättra samtalsstöd för barn. barn genomförs och En rapport kommer vid årets slut. Under 2026 förbereds metoden för att kunna överlämnas till externa aktörer, såsom socialtjänst eller andra samverkansparter, i syfte att möjliggöra tidig upptäckt och stärkt skydd även utanför den egna verksamheten	RKC Uppsala	Verksamhetschef Uppsala	SOSFS 2011:9 kap 4 § 2–4.
	Våld i nära relationer Process och rutiner för att identifiera våldsutövare i nära relationer implementeras och publiceras på SharePoint.	HoV	Kvalitetsutvecklare Arbetsgrupp: Våld i nära relationer	SOSFS 2011:9 kap 4 § 2–4.
	Journalföring Rutiner för att säkerställa korrekt och säker dokumentation enligt HSLF-FS 2016:40. Uppdatering, översyn och processbeskrivningar i relevanta fall.	HoV	Informationsägare (Avdelningschef) Dataskyddsamordnare (Kvalitetsutvecklare)	HSLF-FS 2016:40 kap 5 § 1–6
	Loggkontroller Rutinöversyn och översyn av organisering av loggkontroller för att säkerställa informationssäkerhet	HoV	Informationsägare (Avdelningschef) Dataskyddsamordnare (Kvalitetsutvecklare) Verksamhetschef RKC Göteborg	HSLF-FS 2016:40 kap 5 § 1–6 PDL 4 kap. 3 §
	Lex Maria Processbeskrivning för rättssäker och transparent handläggning av Lex Maria tas fram. Arbetet utgår från Socialstyrelsens rekommenderade processbeskrivning. Processbeskrivningen ska vara publicerad i Visioformat på SharePoint. Tillhörande rutin ska finans godkänd och publicerad.	HoV	Avdelningschef Kvalitetsutvecklare	SOSFS 2011:9 kap 4 § 2–4.

Fokusområde 3 – Säker vård här och nu

Fokusområdet syftar till att öka riskmedvetenheten i det dagliga arbetet och säkerställa att risker i det dagliga arbetet upptäcks och medvetandegörs. Fokusområdet betonar vikten av att alla medarbetare är uppmärksamma på potentiella risker, att dessa fångas upp i vardagen, diskuteras i team eller arbetsgrupper, och att åtgärder vidtas för att förebygga skador och säkerställa patientsäkerheten.

Område	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Säker vård här och nu	Teambedomningar Kontinuerlig intern samverkan, gemensamma bedömningar och utvärdering av material stärker lärande och kompetensutveckling. En utvärdering av arbetssättet sker 2026. För ökad riskmedvetenhet ingår särskilda utbildningar och workshops kring suicidprevention	RKC Malmö	Verksamhetschef RKC Malmö	-
	IT-rond/digitaliseringsrond Samverkan mellan verksamheter och IT genom IT-rond för att fånga upp drifts- och tekniska problem i verksamheten som ger påverkan på vårdarbetet samt identifiera digitaliseringsbehov.	HoV	Produktägare IT – Vårdsystem IT-operations	

Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområdet handlar om säkerställandet att verksamheten kontinuerligt lär av inträffade händelser, risker och avvikelser, samt att kunskap används för att utveckla säkra och effektiva arbetsmetoder. Fokusområdet betonar vikten av systematisk analys, återkoppling och delning av erfarenheter både internt i team och mellan enheter, så att lärdomar omsätts i förbättrad patientsäkerhet.

Område	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Stärka analys, lärande och utveckling	Forskningssamarbeten Genomförs enligt forskningsplan 2026 från Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering, i samverkan med Röda Korsets Högskola. Forskningsprojekten dokumenteras och följs upp löpande. Kunskapen återförs till verksamheterna för att stärka analys, lärande och utveckling inom verksamheten. Aktiviteterna fortsätter under 2026	HoV	Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering Styrgrupp	-
	Virtual Reality i psykologisk traumabehandling	HoV	Verksamhetschefer	

	<i>Virtual Reality</i> (VR) som implementerats under 2025 i Malmö i samarbete med psykologpartners breddinförs på samtliga RKC-center under 2026. Till detta utvecklas filmprodukter som stöd i arbetet för att ytterligare förstärka behandlingsmetoden samt dess effektivitet. Rutiner och material ska finnas publicerade på SharePoint			
	Metodmöten – struktur och syfte Metodmöten syftar till att fördjupa kunskaper, inspireras och lära av varandra. Målet är att förbättra kvaliteten i patientarbetet, stärka behandlares kompetens och öka tryggheten inom den professionella rollen. Fokus ligger på att diskutera val av metod för patienter och fördjupa sig i de behandlingstekniker som används inom verksamheten Aktiviteterna fortsätter under 2026	RKC Skövde	Verksamhetschef RKC Skövde	

Fokusområde 5 - Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fokusområde handlar om att stärka avdelningens förmåga att förutse, förstå och agera inför förändringar och risker som påverkar patientsäkerheten. Till skillnad från Fokusområde 3, som betonar det omedelbara arbetet i stunden, riktar sig detta område mot en mer långsiktig och strategisk riskmedvetenhet. Det innebär att utveckla beredskap inför större omställningar – exempelvis migrationspolitiska förändringar – samt att säkerställa att nya och pågående risker fångas upp, rapporteras och hanteras systematiskt

Område	Aktivitet	Nivå	Ansvarig	Krav
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Riskmedvetenhet kring migrationsrelaterade frågor De migrationspolitiska förändringarna med en stramare migrationspolitisk, särskilt nya boenderegler, utgör en betydande patientsäkerhetsrisk för de patientgrupper som HoV vänder sig till. Konsekvenser som försämrat mående, avbrutna vårdkontakter, ökad belastning på medarbetare samt minskad tillit hos patientgruppen. Ändrade patientflöden i Luleå, Umeå och Skellefteå samt ökade psykosociala behov på Restad Gård Under 2026 stärks riskmedvetenheten ytterligare genom att: • kontinuerligt följa migrationsutvecklingen i riskbedömningar, laguppföljningar och omvärldsanalys • fördjupa samarbetet med <i>Enhet för skydd och efterforskning</i> samt använda stöd från tematiska rådgivare inom SRK. Samverkan	HoV	Huvudansvarig Biträdande avdelningschef (strategisk riskbedömning) Tematisk rådgivare: Påverkan Verksamhetschef RKC Skellefteå Verksamhetschef RKC Skövde	-

	inom <i>Amiraprojektet</i> som håller verksamheterna uppdaterade om läget och kan återföras till patientsäkerhetsarbetet. • systematiskt samla in vittnesmål (från patienter och samverkanspartners) som underlag för riskidentifiering, dialog och åtgärder. • bättre digitalt stöd för digitala vårdmöten (minskar risk för avhopp för patienter med långa resvägar/minskar risk ojämlik vård). Digitalt pilotprojekt pågår med uppföljning av förvarstagna patienter för bättre möjlighet att ge behandling på distans, även för personer i förvar.			
--	--	--	--	--