



SÄKER VÅRD

– en kärnkompetens för
vårdens samtliga professioner

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
FYSIOTERAPEUTERNA

SVERIGES ARBETSTERAPEUTER
DIETISTERNAS RIKSFÖRBUND
SVERIGES TANDLÄKARFÖRBUND

© Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna,
Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund

Redaktör och språklig bearbetning: Sara Bergqvist Månsson

Grafisk form: Lovstrom Content

Illustrationer: Maja Modén

Tryck: Åtta.45, Järfälla 2016

ISBN 978-91-85060-03-0

Innehåll

Förord.....	4
Kärnkompetensen säker vård	6
Fakta om vårdskador.....	8
John får stroke.....	10
Vanliga orsaker till vårdskador.....	14
Hur vet man att vården är säker?.....	17
Patienten och närstående.....	19
Sara lever med ALS.....	21
Kompetenser för säker vård.....	22
Verktyg för säker vård	25
Att leda för säker vård.....	30
Former för lärande.....	33
Förväntade läranderesultat	35
Tips för säker vård.....	36
Projektdeltagare och författare.....	37
Lästips.....	38

Förord

Det här är en skrift som på ett tillgängligt sätt beskriver vilken kompetens vårdens professioner behöver för att kunna ge en säker vård och har utarbetats i brett samarbete mellan Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund.

För att kunna ge god och säker vård behöver vårdens professioner sex viktiga kärnkompetenser. Förutom kärnkompetensen säker vård i sig, utgörs de av personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik. De är alla inbördes beroende av varandra.

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet har tidigare beskrivit kärnkompetenserna teamarbete och förbättringskunskap. Här beskriver vi nu kärnkompetensen säker vård.

I Sverige har vårdens professionsföreningar ett gott samarbete inom flera av kärnkompetensernas områden. Ett exempel är Nationell plattform för förbättringskunskap där flera professionsföreningar, universitet och landsting ingår. Samarbetet har skapat goda förutsättningar för att vi gemensamt ska ta ansvar för att utveckla de viktiga kärnkompetenserna. I den här skriften fördjupar vi det samarbetet, och beskriver hur hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens olika professioner kan skapa en säkrare vård.

Skriften beskriver med utgångspunkt i svensk vård, forskning och vårdutbildningar vilka kunskaper som behövs och förväntas av medarbetarna för att de ska kunna ge en säker vård. Vi beskriver också vad som karakteriserar en vårdorganisation där patientsäkerheten sätter sin prägel på all verksamhet.

Texten utgår från exempel på konkreta situationer i vårdens vardag. Samtidigt ger den en teoretisk grund som beskriver förutsättningarna för en säker vård, och hänvisar till forskning på området. För den som söker de absolut senaste rönen eller mer avancerad kunskap hänvisar vi till referenserna i slutet av denna skrift och annan litteratur.

Vi hoppas att Säker vård ska fungera som en startpunkt och katalysator för planering av utbildningar och fortbildning när det gäller patientsäkerhet. Dokumentet är en del av våra respektive förenings kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det är också en del av arbetet med olika utbildningsprocesser och ett bidrag till samverkan mellan lärosäten och hälso- och sjukvård.

Vi har valt området säker vård därför att det är grunden för att skapa en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Det är ett mål som också förutsätter samarbete mellan professioner och vårdtagare. Vi hoppas att skriften kan bidra till att allas kompetens kan tas tillvara för ett gemensamt lärande, och till att göra vården bättre och säkrare för alla som den berör.

Ami Hommel
Ordförande
Svensk sjuksköterskeförening

Stefan Jutterdal
Ordförande
Fysioterapeuterna

Stefan Lindgren
Ordförande
Svenska Läkaresällskapet

Lotta Klinge Härberg
Ordförande
Dietisternas Riksförbund

Ida Käbblin
Ordförande
Sveriges Arbetsterapeuter

Hans Göransson
Ordförande
Sveriges Tandläkarförbund

Kärnkompetensen säker vård

Hälso- och sjukvården utvecklas i snabb takt. Vård som tidigare inte ens var möjlig kan nu ges över dagen. Nya behandlingsmetoder och utvecklad informationsteknik ger nya alternativ till vård och tandvård. Moderna behandlingar och läkemedel gör att vi kan bota tillstånd, där vi tidigare bara kunde lindra och stödja. Många operationer som tidigare var vanliga behöver inte längre utföras eller utförs med andra, mindre omfattande, insatser.

Samtidigt har kunskaperna ökat om att vård också kan orsaka skador. Nästan var tionde patient drabbas av någon form av vårdskada i samband med sjukhusvård. Idag har vi inte säkra mätningar när det gäller vården utanför sjukhus, men troligen ligger de siffrorna på liknande nivåer.

För att skapa hög patientsäkerhet och bättre vårdkvalitet krävs flera kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner – det vi kallar kärnkompetenser. Förutom kärnkompetensen säker vård i sig, utgörs de av personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik.

På grundval av olika studier om skador i vården har Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003) och Quality and Safety Education for Nurses (QSEN, 2007) rekommenderat att all utbildning organiseras så att dessa kärnkompetenser, som kompletterar varandra, bildar en röd tråd med fördjupning genom hela vårdutbildningssystemet.

Säker vård kräver samarbete

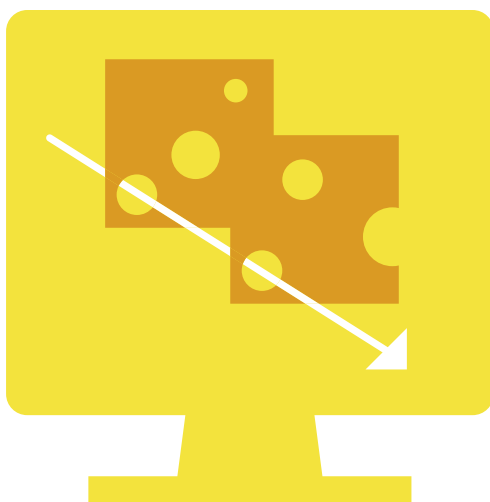
Säker vård innebär att ha kunskap om risker i vården och att arbeta på ett sådant sätt att riskerna minimeras. Detta ansvar är gemensamt för vårdens alla professioner. Men det räcker inte med kunskaper utifrån den egna professionen. Säker vård kräver samarbete med andra professioner och med patienter och närstående, oavsett var vården ges. Därigenom skapas det allra bästa utfallet för dem vi är till för.

Vårdskador undviks genom god yrkeskunskap, ett etiskt förhållningssätt och ett tätt interprofessionellt och verksamhetsöverskridande samarbete, grundat på respekt för och kännedom om sin egen och andra professioners kompetenser.

En av de mest grundläggande kärnkompetenserna är säker vård och hur vården kan utveckla system och arbetsprocesser som på olika sätt minskar risken för fel och skador. Om de ändå inträffar ska det finnas strukturer för att analysera och dra lärdom av det som har hänt så att man kan skapa en säkrare vård framöver.

Säker vård förutsätter ett utvecklingsarbete på många nivåer och områden som till exempel ett tydligt och engagerat ledarskap, samarbete i team, tekniska färdigheter, förmåga att använda standardiserade arbetsmetoder för bland annat säker informationsöverföring och samverkan med patienter och närstående.

Patientsäkerhet är en ständigt pågående process och inte ett tillstånd som kan uppnås en gång för alla genom patientsäkerhetsprojekt som sedan förvaltas. Patientsäkerheten behöver återuppträffa vid varje skiftbyte, vid varje överrapportering, i varje kontakt med patienten, vid varje ledningsgruppsmöte, när beslut fattas om bemanning, vid investeringar och vid rekryteringar av nya medarbetare och chefer.



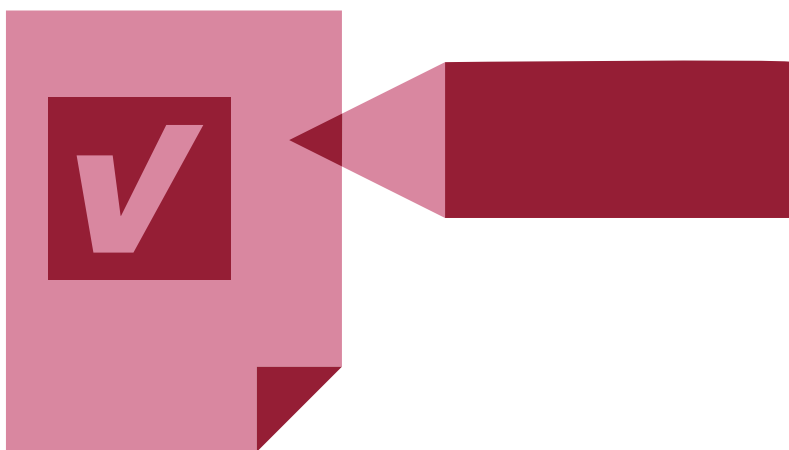
Fakta om vårdskador

Nästan var tionde patient som vårdas på sjukhus råkar ut för en skada som inte har med den underliggande sjukdomen att göra och som hade kunnat undvikas (vårdskada). Vanligast är vårdrelaterade infektioner (VRI), skador som hör ihop med felaktig läkemedelsanvändning och kirurgiska skador. Man har också börjat tala om vårdskador när det är en felaktig, försenad eller utebliven diagnos.

Studier som har gjorts gäller framför allt somatisk slutenvård. Vår kunskap om läget inom tandvård, psykiatrisk vård, primärvård och kommunal vård är bristfällig.

I Lägesrapport för Patientsäkerhet 2015 från Socialstyrelsen redovisas landstingens resultat av journalgranskningar. Det framgår där att:

- Vårdskador medförde att cirka 3 000 patienter under 2014 fick bestående men av varierande allvarlighetsgrad.
- För omkring 1 400 patienter bidrog eller ledde vårdskadorna till att de avled.
- För en del patienter kan skadan få konsekvenser för hälsan resten av livet. I många fall behöver patienten en längre vårdtid än vad som annars hade varit nödvändigt.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) drabbar i genomsnitt 9 procent av patienterna.



- Antalet vårdskador till följd av felaktig läkemedelsanvändning har visserligen minskat, men trots det beror cirka 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på läkemedelsbiverkningar.
- 60 procent av dessa skador hade gått att undvika, enligt Socialstyrelsen.

Utöver allt mänskligt lidande som vårdskador orsakar kostar de också mycket pengar. År 2013 uppskattade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att vårdskadorna medförde 750 000 extra vård dagar per år till en kostnad av cirka 6,5 miljarder kronor.

Det stora antalet vårdskador har lett till ett omfattande arbete inom alla professioner och på många olika nivåer för att göra vården säkrare. Arbetet utgår från den kunskap som numera finns om vad som orsakar vårdskador generellt och i enskilda situationer. Ibland brister kommunikationen mellan personalgrupper i akuta situationer, ibland handlar det om brister i kompetens eller otillräckliga resurser och andra organisatoriska hinder. Många gånger handlar det helt enkelt om brister i samarbetet och bemötande mellan vårdens professioner och patienten och de närstående.

Personer med särskild risk

Patienter som har många kontakter med vården löper större risk att drabbas av skador. Dit hör till exempel multisjuka äldre, långvarigt sjuka personer och patienter inom psykiatri. Ju äldre patienten är, desto större risk att drabbas av en vårdskada.

Definition av vårdskada

Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. En vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Allvarlighetsgraden på vårdskadorna varierar. Enligt patientsäkerhetslagen utmärks en allvarlig vårdskada av att den är:

- bestående och inte ringa, eller
- har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Det professionella ansvaret

Personal som arbetar inom hälso- och sjukvård är ansvarig för att arbeta enligt patientsäkerhetslagen och följa de regelverk och föreskrifter som styr hur vården ska ges, bland annat hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), tandvårdslagen (SFS 1985:125) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453).

John får stroke

Följande exempel handlar om John och vårdens insatser när han drabbas av en stroke. Säker vård av personer med stroke kräver ett nära samarbete mellan många professioner och organisationer.

John, 78 år, är som vanligt på kvällspromenad med sin tax Sigge och handlar kvällstidningen i kvartersaffären. Han hejar på Adam som sitter i kassan varje kväll, men plötsligt ramlar han ihop i affären och blir slapp i höger sida. Adam försöker prata med honom men märker att hans tal blir sluddrigt. Han ringer snabbt efter ambulans.

Ambulansen kommer efter 20 minuter och ambulanssjuksköterskan konstaterar att John troligen har drabbats av stroke. Adam talar om att Johns hund står utanför affären och att hans fru Maria har en demenssjukdom och att John sköter om henne, han vågar inte lämna henne någon längre stund.

John är mycket orolig och försöker prata. Ambulanssjuksköterskan gör en första bedömning av hans tillstånd och funktionsbortfall. Hon säger till John att han kan ta det lugnt, att han ska få hjälp nu. Från ambulansen larmas sjukhusets dygnet runt-bemannade stroketeam och man kontaktar Johns son och dotter. Sonen tar hand om Sigge och sin mor medan dottern möter upp på sjukhuset. När ambulansen rullar in till sjukhuset är Johns patientjournal framtagen och teamet väntar.

Överlämnandet sker till mottagande stroketeam som gör en undersökning och bedömning. Dottern Irina kommer springande samtidigt som John transporteras på ambulansbritten upp till röntgen för att spara tid. Stroketeamet startar omvårdnadsåtgärder för att förebygga ytterligare skador som trycksår. John är mycket orolig men kan inte prata. Han tänker på sin mor som fick stroke på 70-talet och sedan låg på dåtidens långvård i flera år utan att kunna tala eller röra sig. Irina håller honom stadigt i handen.

VÅRDAVDELNINGEN

Röntgenbilderna visar ingen blödning. Det innebär att propplösande behandling, så kallad trombolys, kan ges 90 minuter efter att John insjuknade. Efter behandlingen konstaterar stroläkaren att John har kvar besvär. Han har svårt att tala och röra sig, har nedsatt kraft i höger sida och synfältsbortfall.

Stroketeamet fortsätter att arbeta efter standardvårdplanen som bygger på Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård. Den har utformats efter "best praxis" utifrån olika professioners respektive kompetensområden. Standardvårdplanen utgår från de behov patienten har.

Bedömningsinstrument används för att bedöma Johns behov innan åtgärder star-

tas. Det gäller bland annat trycksårsrisk, nutritionstillstånd/-status och bedömning av munhälsan. Både John och Irina tycker att det är väldigt mycket som ska kollas upp och svaras på, men John känner att han långsamt får mer rörlighet tillbaka och tänker att det är lika bra att göra som alla säger.

Efter några dagar konstaterar personalen att John har påverkad sväljningsförmåga och utifrån resultaten från en sväljningsutredning tar logopeden i teamet fram ett träningsprogram och rekommenderar en kost med anpassad konsistens. Dietisten pratar med John och Irina om vad John brukar tycka om och ger förslag på mellanmål och näringsdryck utifrån en bedömning av Johns nutritionstillstånd.

Arbetsterapeut och fysioterapeut börjar mobilisera John direkt och dagen efter insjuknandet försöker han stå med gåbord.

När omvårdnadsansvarig sjuksköterska på kvällen pratar med John förstår han att John känner sig utsatt och utelämnad i sin situation. Han samtalar med John och berättar om vad som är nästa steg i hans rehabilitering och vad han kan förvänta sig kommer att hända. Nästa dag tar sjuksköterskan upp det på teammötet. Alla är överens om att det är viktigt att personen som har sjukdomstillståndet aktivt är med i omvårdnaden och rehabiliteringen för att säkra vården.

REHABILITERING

Teamet träffas några dagar senare och gör tillsammans med John en bedömning av hans tillstånd. Vilka funktioner och förmågor är fortfarande nedsatta och vilka är kvar? Har han behov av ökat stöd från anhöriga eller personal för att sköta viktiga funktioner? Teamet fortsätter att gå igenom olika aspekter av aktivitet och funktion tillsammans med John och de diskuterar vilka åtgärder som kan sättas in.

Sjuksköterskorna och undersköterskorna i Stroketeamet bedömer regelbundet Johns munhälsa då de vet att han kan komma att behöva mer hjälp att sköta sin munhygien nu när han har en ansiktsförlamning och inte ser som vanligt. Har han gått ned i vikt på grund av att han inte har kunnat äta som vanligt? Finns det ett fortsatt behov av näringsdrycker eller anpassad konsistens på maten nu när han inte kan svälja som förut? De pratar med John om detta och nutritionsbedömningen visar också att John har både ofrivillig viktnedgång och ätsvårigheter.

Kort om vården vid stroke

Vårdprocessen vid stroke inriktas mot att begränsa skadan i hjärnan och därmed patientens funktionsnedsättning. Målsättningen är att så många patienter som möjligt ska få propplösande behandling, det vill säga trombolysbehandling, inom några få timmar från insjuknandet. Har det gått längre tid efter insjuknandet är riskerna med behandlingen större än vinsterna. För att kunna ge propplösande medel måste det uteslutas att patienten har en blödning.

Målsättningen är vidare att rehabilitering påbörjas omgående efter avslutad behandling. Därmed får patienten bästa möjliga funktionsnivå.

Tillsammans med John gör teamet en bedömning av vilka vardagssysslor John klarar av och baserat på de behov som identifieras gör de en plan tillsammans med John för den fortsatta rehabiliteringen. De olika bedömningsinstrumenten som

användes i början av vårdperioden används igen. Tillsammans med John kommer man fram till att han kan fortsätta att bo hemma när radhuset har anpassats till att han nu behöver förflyttningshjälpmedel och hjälpmedel i badrummet. Mest orolig är John för hur han ska klara av att ta hand om sin fru Maria och deras tax Sigge.

”Alla är överens om att det är viktigt att personen som har sjukdomstillståndet aktivt är med i omvårdnaden och rehabiliteringen för att säkra vården.”

John är kvar på avdelningen några dagar och tränar varje dag för att försöka få tillbaka så mycket som möjligt av sina funktioner och förmågor.

JOHN FLYTTAR HEM

Vårdplaneringen startade redan första dagen på sjukhuset och efter tre dagar genomförs en samordnad vårdplanering tillsammans med John, hans närstående och det mottagande teamet i primärvården. Johns rehabilitering ska fortsätta i hemmet.

John känner att allt går väldigt fort nu. Samtidigt vill han verkligen komma hem snarast, vem ska annars ta hand om Maria och Sigge. Stroketeamet i primärvården tar emot honom när han kommer hem, med ansvarig primärvårdsläkare, fysioterapeut och arbetsterapeut för att lägga upp hemrehabiliteringen.

I samband med planeringen görs en riskanalys för att fånga in och åtgärda risker som är kopplade till Johns situation. John säger att det vore bra om Maria kunde få börja på en daglig verksamhet så att han kan få vila lite på dagarna. Nätterna tror han att han kan klara av om han får en larmknapp till nattpatrullen. Adam från affären har hälsat Johns dotter att han gärna kan gå ut med Sigge en sväng varje dag, så John känner att även Sigge får det bra.

Stroke och tandvård

En del personer med stroke får kroniska problem som kräver särskild uppmärksamhet när det gäller munnens hälsa. Kvarstående ansiktsförflamning med känselbortfall gör till exempel att matrester och beläggningar ligger kvar och det kan fortfarande vara svårt att svälja.

Om personen dessutom har en bestående enkelsidig svaghet i kroppen och synfältsbortfall, är det närmast omöjligt att själv utföra god munhygien. Det är därför viktigt att en person med kroniska besvär till följd av stroke får hjälp att sköta sin dagliga munvård och sina tandvårdskontakter. Personen kan få särskilt tandvårdsstöd för detta.

Kommunens hemsjukvård gör hembesök och hemmet anpassas. John får tid för återbesök på strokemottagningen och får träffa samma läkare som tidigare. John har en kvarstående ansiktsförslamning och har svårt att fullt ut sköta sin munhygien och att svälja. Han får stöd av kurator för att ansöka om särskilt tandvårdsstöd och mottagningens dietist ger förslag på mellanmål, näringsdrycker och mat med anpassad konsistens.

Maria tycker att det är besvärligt att åka hemifrån varje dag, men John anstränger sig för att få henne att förstå att han behöver detta för att få det att fungera. Han behöver så väl vara pigg på natten när hon är orolig. Hans båda barn försöker avlasta men de arbetar båda heltid. John skapar så småningom nya rutiner för vardagen och han är tacksam för att han fick en helt annan vård och behandling än den hans mor hade fått.



Vanliga orsaker till vårdskador

Den strokevård som John får är ett tydligt exempel på hur komplex en vårdkedja kan vara och hur många professioner som behöver delta för att patienten ska få vård av hög kvalitet. Det är också ett exempel på en process med många riskmoment där mycket kan gå fel.

Generellt vet man att vårdskador orsakas av flera och sinsemellan olika faktorer. Här kan du läsa om de vanligaste, kopplade till Johns fall, och hur de kan undvikas.

BRISTER I KOMMUNIKATION

Bristande kommunikation, såväl mellan vårdens professioner som med patienter och närstående, är ofta en bakomliggande faktor vid vårdskador. ”Men jag talade ju om att ...”, ”Jag frågade om något saknades eller om de undrade över något” är vanliga kommentarer vid bristande kommunikation. Man tycker att man har varit tydlig. Ändå går budskapet inte alltid fram.

Kommunikation bygger på ömsesidighet, men trots goda avsikter kan det bli fel:

- Det jag säger kan uppfattas på ett annat sätt än vad jag menade.
- Det kan vara rätt uppfattat men bara en del av budskapet går fram.
- Det kan vara rätt uppfattat men feltolkat när det gäller budskapets innebörd.

Om inte kommunikationen från ambulansen till sjukhuset varit standardiserad då John var på väg in efter sin stroke, hade det kunnat blivit missförstånd. Stroketeamet kanske inte hade stått och väntat när ambulansen kom fram, med förseningar och risk för sämre utfall av vårdinsatserna.

BRISTER I SAMORDNING OCH ORGANISATION

En viktig orsak till vårdskador är brister i samordningen av vården, när flera vårdgivare är inblandade. Det gör att människor riskerar vårdskador på grund av oklara ansvarsförhållanden. Teamarbete minskar de riskerna. Inom just strokevården och när det gäller stödet hemma visar forskningen helt tydligt på minskade risker om vården och stödet ges av ett fungerande team.

I Johns fall skulle den akuta vården ha kunnat försenas, med en vårdskada som följd, om stroketeamet inte hade funnits och följt en tydlig plan i sitt arbete. John hade kanske behövt vänta på läkarbedömning och röntgen. Om inte närstående snabbt hade kommit på plats skulle John ha fått vara utan sina nära på sjukhuset.

Han hade kanske inte kunnat förmedla vad han tidigare har klarat själv hemma och det hade varit svårt för teamet att göra en bra bedömning och vårdplan.

Behandlingsresultaten hade kunnat bli mycket sämre om inte arbetsterapeut, dietist och fysioterapeut kommit in så tidigt i teamet kring John. Utebliven tidig träning och bristande information om och uppföljning som gäller hjälpmedel ger säkerhetsrisker.

Många personer som drabbas av stroke får stora problem med munhygien. Det är därför viktigt att bedömningen av munstatus och kontakten med tandvården inte faller bort. Om nutritionen inte tillgodoses ökar risken för fall och John hade kanske inte orkat tillgodogöra sig den träning som behövdes under rehabiliteringen.

Hade han inte träffat fysioterapeuten och tidigt fått hjälp att komma upp och igång hade han kunnat bli liggande, med risk för onödiga komplikationer i form av till exempel slem i lungorna. Fallrisken ökar om han inte hade fått träna styrka och balans.

FÖRSENINGAR

Förseningar då hjälpmedel provas ut och levereras hem och brister i mottagandet inom kommunal vård, primärvård eller hemtjänst hade också kunnat skapa sämre möjligheter för Johns rehabilitering.

BRIST PÅ PATIENTDELAKTIGHET

Delaktighet i den egna vården innebär att personen är införstådd med behandlingen och att man har tagit hänsyn till personliga önskemål. Patientens delaktighet kan också innebära att närstående är med och till exempel diskuterar utformningen och anpassningen av eftervården vid stroke.

Om John och barnen inte hade fått vara delaktiga i Johns vård skulle bilden kunna se helt annorlunda ut. Det kan till exempel handla om att John försöker säga att han vill vara med och planera för hur rehabiliteringen ska gå till, men han har svårt att tala och upplever att ingen lyssnar på det han försöker säga. Det kan leda till att han blir ännu mer deprimerad och sluter sig. Rehabiliteringen går därmed inte så snabbt som väntat.

ANDRA EXEMPEL PÅ VAD SOM KAN GÅ FEL

Det finns också andra faktorer i vården som kan orsaka en vårdskada. I Johns fall skulle det kunna gälla följande områden:

Teknik: Telefonerna fungerar inte och stroketeamet kan inte nås. Journalsystemet är utslaget och Johns journal kan inte tas fram.

Läkemedel: Det blir fel när droppet blandas och John får för hög dos trombolysläkemedel med risk för blödning.

Trycksår: John får ligga kvar på ambulansbritten för länge i fel ställning och får en första gradens tryckskada. Han mobiliseras inte och får trycksår i efterförloppet.

Undernäring: John har svårigheter att svälja, vill inte äta och ingen nutritionsbedömning görs. Man glömmer att kontakta logoped och träning av sväljningsförmågan påbörjas för sent. När han kommer till hemmet blir han långsamt svagare på grund av dåligt näringsintag och återhämtar sig inte. Han orkar inte träna och blir mer och mer inaktiv.

Vårdrelaterade infektioner: John blir inlagd på en avdelning där det precis har brutit ut vinterkräksjuka och där det borde ha varit intagningsstopp. Hans stroke har gjort honom svag och vinterkräksjukan gör att hans förutsättningar för rehabilitering och fortsatt liv hemma försämras.

VI MÅSTE LÄMNA SYNDABOCKSTÄNKANDET

Vårdarbetets resultat är summan av hur du och dina kollegor handlar, hur ni uppfattar, tolkar, lär av och reagerar på en ständig ström av olika typer av information och sinnesintryck. Den mänskliga hjärnan är utformad för att sortera bort det som inte är relevant, och förenkla och systematisera all information. Det är oftast bra och nödvändigt men i arbetet med patienter kan det också innebära en risk. Vi sorterar bort, förenklar, glömmer och ser inte olika information och tecken som har betydelse i sammanhanget. Det gör att vi kan begå felhandlingar eller låta bli att handla på ett sätt som i efterhand kan verka svårt att förstå.

Vården har länge utgått från synsättet att söka förklaringar till vårdskador i enskilda personers handlande (individuvsyn). Det man då har lärt sig av att analysera händelsen har begränsats till att de individer som har varit en del av händelsen också är ansvariga för det som har inträffat. De ska fördjupa sin kunskap eller förändra sitt sätt att arbeta. På så sätt undviker man att händelsen upprepas på nytt.

Genom att begränsa synsättet så, missar man att många vårdskador som uppstår har sitt ursprung i systemet, det vill säga hur vården är organiserad (systemsyn). Individuvsynen har därför numera kompletterats med analysmodeller som bygger på att människan, tekniken och organisationer samverkar till att skapa både positiva som negativa utfall för vården.

Johns vård visar hur vårdkedjan vid stroke är utformad med ett team med många olika kompetenser och perspektiv. Tillsammans arbetar de efter en tydlig och gemensam vårdplan för att minska risken för att en enskild persons begränsningar ska orsaka problem. Informationen som ska ges och tas emot och åtgärderna som görs är standardiserade. Vården sker i team, i samverkan med patient och närstående. Teamet följer upp respektive del och därmed minimeras riskerna. Teamet lär sig också mer om säker vård genom att analysera det som har gått bra.



Hur vet man att vården är säker?

Hur kan man veta att den vård man ger är säker och när behöver en förändring ske?

Det finns inget enkelt svar på det eftersom bilden av en organisations säkerhetsnivå handlar om många faktorer. Information är det sällan brist på. Vården samlar in stora mängder information, men all information är inte jämförbar. För att få en bild av patientsäkerheten krävs därför flera olika informationskällor. Målet är att samla information om redan inträffade säkerhetsbrister som negativa händelser och vårdskador, men också att hitta framåtsyftande mätetal som kan spegla försämringar i patientsäkerheten innan de leder till allvarliga avvikelser eller vårdskador.

EN MODELL FÖR SÄKERHETSARBETE

Det finns olika modeller för hur man kan arbeta för att skapa säker vård. Health Foundation med Charles Vincent som huvudförfattare publicerade 2014 ett ramverk för uppföljning av säkerhet inom engelsk sjukvård. Ramverket är grundläggande och fungerar också utmärkt för säkerhetsarbete i Sverige.

Modellen belyser fem viktiga aspekter av patientsäkerhet:

- **Inträffade vårdskador.** Har vården varit säker? Studera en kombination av olika mätetal som samlas in av vårdorganisationerna. Ta del av patienters erfarenheter, avvikelser, lex Maria-fall, resultat av markörbaserad journalgranskning. Vilka typer av skador har uppkommit?
- **Tillförlitlighet.** Hur tillförlitliga är våra arbetsprocesser och system? Följsamhet till vårdprogram och standardiserade arbetssätt, hygienregler, klädregler, observationer från simulatorträning, interna och externa granskningar. Förstå bakomliggande faktorer till variationer i arbetssätt.
- **Nulägesbeskrivning.** Är vården säker idag? Säkerhetsronder, forum för diskussion om säkerhet, samtal mellan chefer och vårdens medarbetare, avstämningar, patientintervjuer och återkoppling från närstående ger en bild av läget.
- **Riskmedvetenhet och beredskap.** Kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden? Riskanalyser, studier av säkerhetskultur och -klimat, medarbetardata som till exempel korttidsfrånvaro, personalomsättning och bemanningstal bidrar till svaret.
- **Lärande och utveckling.** I vilken mån förbättrar vi våra system och arbetssätt utifrån den information vi får? Blir vi klokare och ger vi säkrare vård utifrån de fakta vi samlar in? För att det även ska ske ett lärande i organisationen bör analyser

av händelser tydligt visa hur systemet har medverkat till den inträffade vårdskadan. Lärdomarna behöver fångas upp i daglig uppföljning och förbättringar bör föreslås direkt. Kanske måste man tillsammans vid dagliga avstämningar ifrågasätta befintlig praxis och utveckla rutiner och arbetssätt så att risker kan upptäckas och avvärjas? Vid många verksamheter används idag Gröna korset som ett verktyg för just sådan daglig avstämning och lärande. Läs mer om verktyget i avsnittet med lästips.

RESILIENS

Man kan också beskriva säkerhet utifrån begreppet resiliens som har myntats av den danske säkerhetsforskaren Erik Hollnagel. Hollnagel menar att en organisations säkerhet är beroende av förmågan att ligga steget före och möta förändringar och påfrestningar genom tidiga analyser av risker och anpassningar. På så sätt kan verksamheten skötas på ett säkert sätt, trots de nya förutsättningarna. Modern säkerhetsteori definierar därför säkerhet som organisationens förmåga att upprätthålla sina nyckelfunktioner, trots ändrade förutsättningar, störningar och avbrott. I vården skulle det kunna handla om hur verksamheten anpassas om två nyckelpersoner plötsligt blir sjuka eller om ett allvarligt akutfall kräver att flera anställda lämnar sina ordinarie uppgifter för att hjälpa till.

Denna förmåga kallas resiliens och skapas på alla nivåer i systemet – oavsett om det gäller en individ, ett team, en ledningsgrupp eller en landstingsledning.

”Vid flera sjukhus har man infört dagliga möten för att snabbt kunna möta förändrade förutsättningar som rör bemanning och patientflöden.”

För teamet skulle det kunna handla om att ligga steget före och förutse konsekvenser av alternativa lösningar och därmed agera effektivt för att undvika risker. Dessutom behöver vi veta hur man kan lära av det som har hänt, såväl positiva erfarenheter som misslyckanden.

Resiliens kan ta sig olika uttryck i olika situationer. Vid flera sjukhus har

man infört dagliga möten för att snabbt kunna möta förändrade förutsättningar som rör bemanning och patientflöden. Vid dessa möten deltar alla chefer och tillsammans går de igenom hur de senaste 24 timmarna har varit, tar upp avvikelser och lär av hur de beslut man fattat har fallit ut.

Man går igenom avvikelser och cheferna fattar beslut vid sittande bord om eventuella förändringar ska göras i verksamheten. I nästa steg gör man en strategi för att hantera väntade problem och risker för dagen. Åtgärder delegeras sedan och följs upp nästa morgon.

Inom hemsjukvården, på en mottagning eller avdelning kan det handla om att på samma sätt samla dagens team, gå igenom dagens rutiner och de aktiviteter som är planerade, uppmärksamma störningar eller förändrade förutsättningar och tillsammans planera för hur dessa situationer kan lösas.

Patienten och närstående

Patienter och närstående är viktiga medlemmar i teamet runt en person. De har en viktig och självklar rätt att påverka vården och bli lyssnade till. Dessutom kan deras erfarenheter bidra till en säkrare vård.

Det här är berättelsen om Sara. Hon har haft kontakt med olika delar av vården så länge hon kan komma ihåg. Under tonåren hade hon återkommande depressioner och skadade sig själv. När barnen var små kunde hon inte sova, fick ångest-attacker och var orolig för hur det skulle gå med barnen om hon inte längre fanns.

Under denna tid fick hon hjälp från primärvården i form av stödsamtal. Nu är barnen i tonåren och Sara arbetar heltid. Hennes ångest kommer och går. Hon har även ledbesvär och misstänker en reumatisk sjukdom. Från primärvården har hon fått en kontakt inom psykiatrisk öppenvård eftersom hennes ångest också ger upphov till suicidtankar.

PATIENTER SOM FÖRBÄTTRARE I VÅRDEN

Patienter som Sara och deras närstående kan bidra till att den egna vården blir säkrare. De kan utifrån sina egna förutsättningar vara delaktiga i arbetet.

Så här kan det gå till:

Vårdcentralen där Sara är listad bjuder in patienter att medverka i grupper där deras åsikter samlas in och används i förbättringsarbetet.

Sara: ”Det borde inte vara så lång väg mellan psykiatrin och primärvården. De borde kunna läsa min journal direkt. Andra borde ha möjlighet att få stöd från psykiatrin mycket enklare och snabbare än vad jag fick.”

Saras partner: ”Vad bra att jag som anhörig också blir inbjuden. För oss som familj är det ganska enkla åtgärder som underlättar när vi behöver vårdkontakt för min partner. Att kunna boka besök och få svar på frågor via nätet är exempelvis verkligen bra.”

I Sverige finns modellen ”Patienter och personal utvecklar vården – i fyra steg” för erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling. De fyra stegen innebär att fånga upp, förstå, förbättra och förändra/följa upp upplevelsen av processen. En handbok för modellen är framtagen av SKL och kan laddas ner på www.skl.se.

PATIENTERS BEHOV AV KUNSKAP OM SIN EGEN HÄLSA

Kunskap och delaktighet hör ihop. Idag kan patienter ha tillgång till stor kunskap om den egna hälsan och om sjukdomar. Internet erbjuder möjligheter att ta del av

både fakta och vetenskapliga rapporter, men det finns även forum och bloggar där patienter och vårdpersonal ger sin syn på vård, behandling, ”best practice” med mera.

Sara och hennes närstående kan med andra ord vara mycket pålästa och känna till de senaste rönen, diskutera och även ifrågasätta behandlingar. Utmaningen kan bli stor för vårdpersonalen att förklara skillnaden mellan evidensbaserad kunskap och allmänt tyckande.

”Patienter som utbildas i den egna sjukdomen, läkemedelsbehandlingar och andra åtgärder kan aktivt bidra till sin egen säkerhet.”

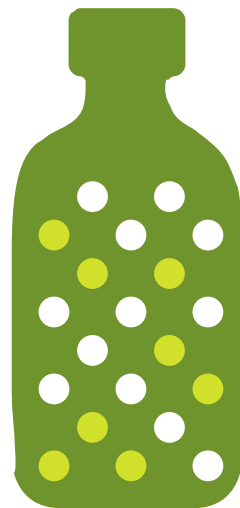
Patienters kunskap om sin sjukdom är viktig för säkerheten. Patienter som utbildas i den egna sjukdomen, läkemedelsbehandlingar och andra åtgärder kan aktivt bidra till sin egen säkerhet. I

patientens ställe kan närstående spela en stor roll, exempelvis föräldrar till för tidigt födda barn och närstående till patienter med demenssjukdom. Antalet läkemedelsmisstag kan minskas när patienten förstår varför ett läkemedel är ordinerat, hur det ska tas och vilka eventuella biverkningar som finns. Patienten följer då i högre utsträckning ordinationen och säger till när något inte stämmer.

Patienter som känner att de är delaktiga och ansvariga för sin egen vård förbättrar med andra ord patientsäkerheten, men det gör också att den egna behandlingen blir effektivare.

Frågor att ställa sig:

- Bjuder vi systematiskt in patienterna till medverkan i den egna vården?
- Ger vi patienterna verktyg så att de kan använda sig av inbjudan?
- Har vi organiserad patientutbildning – är det möjligt att ha?
- Hur ser vårdteamen ut runt våra vanligaste patientgrupper? Är de interprofessionella?
- Bjuder vi in patienter och närstående till att utveckla och förbättra vården?
- Vad behöver patienter och närstående veta för att kunna bidra till en säker vård?
- Har vi gemensamma forum där vi kan diskutera och ta fram lokala vårdplaner och riktlinjer gemensamma för flera professioner?
- Känner sig den enskilda patienten delaktig i sin vård? Hur vet vi det?



Sara lever med ALS

God och säker vård är beroende av ett aktivt teamarbete där alla professioner bidrar med sina yrkesspecifika kompetenser. Många patienter och brukare har behov av ett helt nätverk av personer kring sig, inklusive närstående, för att få en god livskvalitet trots sjukdomar och funktionshinder.

Sara, som du läste om i förra avsnittet, drabbas av ALS ett antal år senare. Det är en sjukdom som gör att de nerver som styr musklerna bryts ned. Sara och hennes familj blir nu ännu mer beroende av en väl fungerande vård och interprofessionell samverkan inom ytterligare områden.

Sara har nu totalt tappat förmågan att tala och kommunicerar via block, penna och dator. Det tar lång tid för henne att äta men hon har inga sväljproblem. Dietist och fysioterapeut är inkopplade. Även psykolog och kurator finns med för att ge henne och de närstående stöd.

Direkt när hon får sin diagnos går en remiss till bland annat tandvårdsteamet. Sara har sedan tidigare bettskena och har nu besvär från käklederna. Vid olika tillfällen får hon kramp i käklederna. Hon upplever stora problem med dregling och bär plåster mot det.

Efter tandläkarundersökningen remitteras Sara till tandhygienist för information och förebyggande åtgärder. Hon remitteras också till bettfysiolog för vidare utredning.

Saras dietist kopplas in och remiss skickas till sjukhustandvården för bedömning av tungan. Bettfysiologen och sjukhustandvården har gemensamma lokaler och besöket samordnas.

Tandvårdsteamet som kopplats in kommer nu tillsammans med övriga i ALS-teamet att följa Sara och erbjuda uppföljande kontroller var tredje månad.

Sara och hennes familj har erfarenhet sedan tidigare av att vara en medaktör i vården. De är nu delaktiga i ALS-teamets arbete och ser att hennes mycket besvärliga situation förbättras när olika professioner samarbetar.

ALS-team

I många regioner och landsting finns ett ALS-team som består av arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, neurolog, sjuksköterska och tandvårdsteam. ALS-teamet är ett exempel på hur omfattande nätverket kring en patient med ALS ser ut och hur samarbetet mellan vårdens professioner på ett direkt sätt avgör vårdens kvalitet och säkerheten för patienten.

Kompetenser för säker vård

Inom kompetensområdet säker vård talar man ofta om både tekniska och icke-tekniska färdigheter. För att du och andra anställda i hälso- och sjukvården ska kunna skapa en säker vård krävs med andra ord både kunskaper och färdigheter knutna till den egna professionen (tekniska färdigheter) som kompletterande kognitiva och sociala färdigheter (icke-tekniska färdigheter).

Här ser du exempel på olika viktiga kompetenser för säker vård. Du kan använda listan som checklista för att se hur du och din organisation ligger till inom respektive område.

YRKESKUNSKAP (TEKNISKA FÄRDIGHETER)

För säker vård krävs ett yrkeskunnande som innefattar de tekniska kunskaper och färdigheter vi får från våra grundutbildningar, men de behöver med tiden utvecklas. Därför är det mycket viktigt att verksamhetsledningen skapar goda förutsättningar för kontinuerlig fortbildning och regelbundet stämmer av medarbetarnas kompetens och utbildningsbehov. Magnetmodellen är ett ledningssystem för kompetensutveckling. Utvärderingar av modellen visar hur strategiskt arbete med kompetensutveckling kan leda till bättre och säkrare vård, förbättrad arbetsmiljö och att medarbetare stannar kvar i och utvecklas med organisationen. Organisationer som arbetar enligt Magnetmodellen följer regelbundet upp både medarbetare och verksamheter.

ICKE-TEKNISKA FÄRDIGHETER

Säker vård kräver också att du och dina kolleger har så kallade icke-tekniska färdigheter, som förmåga att sätta sig in i patientens behov, lösa problem, hantera stress och utmattning samt fatta beslut. Goda icke-tekniska färdigheter ökar möjligheterna för en personcentrerad vård där patienter och närstående blir delaktiga i vården.

Icke-tekniska kunskaper kan synliggöra och mobilisera resurser som finns i teamet, men kan aldrig kompensera för brister i tekniska kunskaper.

Inom trafikflyget examineras piloter regelbundet när det gäller såväl tekniska kunskaper som icke-tekniska färdigheter för att få fortsätta flyga. Dessa examinationer sker genom strukturerade observationer och utvärderingar i såväl dagligt arbete som vid simulatorträning av sällanhändelser.

Ett flertal instrument för systematisk bedömning av icke-tekniska färdigheter finns också för hälso- och sjukvården. Inom vården finns den tanken när det bland

annat gäller Magnet hospitals där både medarbetare och verksamheter ”certifieras”.

Till detta område kan man även räkna medvetenhet om den egna professionens och andra professioners värdegrund och ett etiskt förhållningssätt. Särskilt viktigt för säker vård är förmågan att handla etiskt även under stress.

Det gäller också Saras vård. Hon har svårt att uttrycka sig själv och sina behov och är beroende av att varje deltagare i teamet har en genomtänkt inre kompass och medvetenhet om sin egen liksom professionens och vårdens värdegrund, och använder sig av den i mötet med Sara.

I organisationer med krav på hög säkerhet gäller tydliga regler för vilka egenskaper och beteenden som representerar ett säkert och professionellt handlande. Raka motsatsen till detta är oprofessionellt beteende. Den engelska termen ”Disruptive behaviour” står för ett respektlöst och oprofessionellt beteende och språk. Risker är uppenbara för att patienter och medarbetare känner sig bemötta på ett nedlåtande sätt om en arbetskamrat är oprofessionell på det sättet. Beteendet kan också leda till att kollegor kan bli störda i sin koncentration på patienten och uppgiften. Det kan i sin tur leda till att de får en minskad situationsnärvaro, vilket lätt skapar en risksituation. De känner sig obekväma och otrygga och vågar inte säga ifrån då risksituationer uppstår och teamet kan därmed inte göra en optimal arbetsinsats och vården blir inte säker.

Figur 1. Icke-tekniska färdigheter

Mellanmänniska	Kommunikation
	Ledarskap
	Teamarbete
Kognitiva	Sensemaking/ Situationsmedvetenhet
	Beslutsfattande
	Problemlösning
	Hantera stress och utmattnings

SYSTEMKUNSKAP

Systemkunskap är viktigt för att förstå vad som skapar en säker vård. Hur vi organiserar vården, hur tekniken fungerar och är uppbyggd och sättet vi kommunicerar med varandra skapar tillsammans vårdens utfall och är grunden för en säker vård.

Systembaserat synsätt kan ses som motsatsen till individbaserat synsätt, då man istället söker förklaringen i individens agerande, hur en person skapar säkra eller osäkra situationer och då det även är individens fel när en patient skadas. Med ett individbaserat synsätt ser man inte och åtgärdar man inte brister i organisationen.

Det systembaserade synsättet skapar med andra ord säkrare vård. Om bedömningen av Saras munhåla inte blir gjord på ett korrekt sätt och remissen till bettfysiologen försvinner söks grundorsaken till det inträffade och rutinerna ses över

istället för att den som skickade remissen till fel mottagare ses som skyldig. På så sätt förebygger man framtida fel.

KUNSKAP OM VÅRDPROCESSER OCH NÄTVERK

Patienter som Sara befinner sig hela tiden i ett flöde mellan olika vårdhuvudmän där utfallet för henne och andra i liknande situationer är summan av vården från samtliga vårdgivare. Därför är det viktigt att personalen har kompetens att hantera samverkan mellan landsting, kommunen och andra inblandade.

FÖRBÄTTRINGSKUNSKAP

I det dagliga arbetet finns det stora möjligheter att arbeta för en säker vård. Kontinuerliga riskanalyser och sammanställningar av avvikande händelser ger en god kunskap om vilka utmaningar som finns i verksamheten. När personalen och ledningen, gemensamt och med stöd av varandra och patienter, har en gemensam bild av vad man vill uppnå kan hållbara och verkliga förändringar åstadkommas.

Johns vård och behandling och det goda resultat som numera är möjligt att uppnå efter stroke är till exempel en följd av detta.

Vården har idag tillgång till många mätetal både i form av patientrapporterade utfall och upplevelser, och data som samlas in av verksamheter och professioner. Vi har ett flertal välutvecklade kvalitetsregister som kan användas både för att identifiera förbättringsområden och för att följa upp förbättringsarbeten. Stroketeamet kring John rapporterar in till det nationella kvalitetsregistret Riksstroke där de fortlöpande jämför sig med andra strokeenheter. Om John hade behövt flytta till kommunalt boende hade riskbedömningar för fall, trycksador, undernäring och bedömning av munhälsa skett i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. I de svenska nationella kvalitetsregistren kan alla enheter ta del av varandras resultat och förbättringsarbeten, vilket säkrar vården.

PDSA-hjulet, där PDSA står för Plan-Do-Study-Act, är en del i det systematiska förbättringsarbetet och metodiken handlar om att skapa små stegvisa förändringar som testas i liten skala och sedan implementeras om de är framgångsrika, alternativt görs om och testas igen. Du kan läsa mer om förbättringsarbete i den tidigare utgivna skriften *Teamarbete och Förbättringskunskap – två kärnkompetenser för god och säker vård*.

KOMPETENS ATT FÖRSTÅ OCH ANVÄNDA SIG AV OCH UTVECKLA BRA IT-SYSTEM

IT i vården, e-hälsa och säkra IT-system är en viktig del i arbetet för en säker vård. IT-system som speglar och stödjer vardagligt arbete eller kommunikation kan bidra starkt till säker vård. Otympliga IT-system kan leda till att vården blir mer osäker.

Genom att vårdpersonal ställer krav på hur IT-systemen utformas och att de ska vara anpassade till vårdens komplexa miljö och höga integritetskrav, kan tillverkare och upphandlare bli bättre på att ta fram produkter som förenklar och gör vården säkrare.

Verktyg för säker vård

Här är några exempel på verktyg som du kan använda när du arbetar för en säker vård. Det finns många fler för den som vill fördjupa sig.

AVVIKELSERAPPORTERING

Idag finns avvikelserapporteringssystem vid vårdens alla verksamheter. Där kan medarbetare, och i vissa verksamheter även patienter och närstående, rapportera avvikelser och risker. Viktigast är de åtgärder som sker direkt för att undvika vårdskador, men för att verksamheten ska kunna lära och förbättras är det bra att samla och analysera informationen. Då kan lärdomar dras även av dem som inte var med vid händelsen.

Det är viktigt att systemen inte bara uppfattas som administrativa. Det viktigaste är inte att rapportera utan att förhindra vårdskador genom att rapporteringen leder till ett systematiskt förbättringsarbete. Det behöver också finnas rutiner och en kultur som främjar lärande utifrån de risksituationer som fångas upp i systemet.

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING

En annan metod för att hitta vårdskador och risker är att systematiskt granska journaler, en metod som bland annat har utvecklats i USA av Institute for Healthcare Improvement (IHI), så kallade trigger tools. Genom att använda dokumenterad information om vårdåtgärder, diagnoser, mätvärden eller text (markörer) kan man få en indikation om att en vårdskada kan ha skett.

I Sverige finns idag ett antal markörbaserade journalgranskningsverktyg för såväl vuxen- och barnsjukvård som för psykiatri. Verktygen har utvecklats under ledning av SKL och i samarbete med representanter från verksamheterna.

Ett urval journaler granskas regelbundet av tvärprofessionella team från verksamheten. Data samlas in och analyseras för att hitta vanligt förekommande vårdskador som kan följas över tid för att följa upp åtgärder som har gjorts.

HÄNDELSEANALYSER

Genom att analysera vad som har lett fram till en vårdskada kan man bättre förstå och åtgärda bakomliggande brister i systemet. Det kallas för att man gör en händelseanalys.

Vi återgår till John som drabbades av stroke, som du kunde läsa om i början av skriften.

När han kommer hem efter att ha vårdats på sjukhuset går han på toaletten på natten. Den anpassning av badrummet som var planerad har inte hunnit ske innan John skrivs ut. Han snubblar på en matta, tappar balansen, ramlar och bryter lårbenet. Efter det att John opererats är det svårt för honom att rehabilitera sig, han är därför tvungen att flytta till ett äldreboende. En noggrann händelseanalys görs och i den framkommer att det fanns brister i den vårdplanering som gjordes.

Fallolyckan hade inte behövt inträffa. Hemrehabiliteringen och sjukhusets reahabteam hade kommunicerat, men det var oklart vem som skulle ansvara för anpassningen i hemmet.

RISKANALYSER

Vid en riskanalys försöker man istället i förväg analysera risker som kan uppkomma till exempel inför en omorganisation eller inför en period med förändrade förutsättningar för verksamheten, som semestertider. Metoden är mycket lik den för händelseanalys, där man systematiskt analyserar en rad olika faktorer som bidrar till säker vård och gör en avvägning av hur sannolikt det är att riskerna inträffar.

Riskanalyser är en naturlig del av framsynt säkerhetsarbete för att kunna fånga upp brister i organisationen innan nya rutiner införs.

I Saras fall skulle det kunna se ut så här:

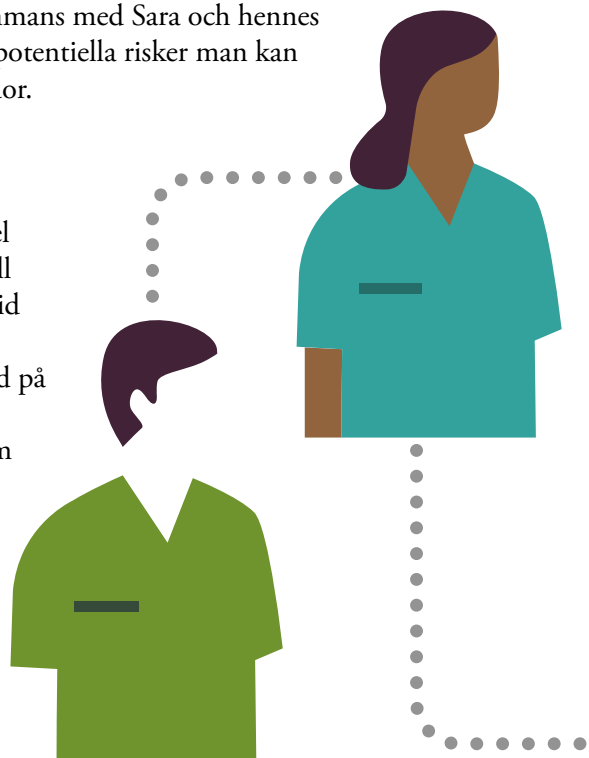
När Sara försämras i sin ALS ska hon vårdas i hemmet med respirator. Sjukhusanslutna hemsjukvården gör tillsammans med Sara och hennes familj en riskanalys för att fånga upp vilka potentiella risker man kan se. Därmed kan de förebygga framtida skador.

FRAM-ANALYSER

Vården är komplex och många funktioner i vården är beroende av varandra, till exempel när gemensamma resurser delas. Det kan till exempel handla om att en jourläkare nattetid har ansvar för såväl avdelningar och akuta operationer som de personer som söker vård på akutmottagningen.

FRAM-analyser är ett särskilt verktyg som då kan vara till hjälp. Analysen fångar upp mer komplexa risker som kan uppstå i en sammansatt organisation som hälso- och sjukvården. FRAM står för Functional Resonance Analysis Method (Erik Hollnagel).

Vid en FRAM-analys lyfter man upp alla de olika funktioner som bidrar till patientens vård, och visar hur de är be-



roende av varandra och vilka variationer som kan ske över tid. Det kan till exempel handla om variationer på grund av bemanning, patientinflöden, resurser och så vidare.

Den bild som kommer fram gör det möjligt att beskriva och förstå vad som har bidragit till en vårdskada på ett mer nyanserat sätt. FRAM-analysen gör det möjligt att beskriva både sårbarheter och styrkor som finns i systemet kring patienten. Det kan sedan vara utgångspunkten för ett mer förebyggande säkerhetsarbete.

KLOKA STANDARDISERINGAR

För de team som arbetar kring en patient är grunden för säkerhet i vårdens vardag, både i rutinsituationer och akuta situationer, att man tillsammans skapar kloka arbetssätt. Dessa arbetssätt behöver bygga på erfarenheter av vad som är god vård i allmänhet men även hur vården kan ges just i det aktuella sammanhanget.

För arbetsuppgifter som görs på samma sätt många gånger kan man skapa kloka standardiseringar, så kallade standardiserade operativa procedurer (SOP). Med SOP skapas en samsyn om hur vanliga rutinmoment ska utföras och det blir lätt att göra rätt. Nya medarbetare kan utbildas i SOP och beslutsstöd kan tas fram i form av IT-stöd eller verktyg som till exempel checklistor. De standardiserade rutinerna gör att patienter får samma säkra vård oavsett vem som arbetar just det här skiftet eller den här dagen.

Vårdprocessen vid stroke är standardiserad och varje medarbetare i teamet vet exakt vad som ska göras både i den akuta och den rehabiliterande fasen. Medlemmarna i teamet har rätt kompetens och utbildning för sina uppgifter. Arbetssättet möjliggjorde för John och hans närstående att vara delaktiga i hela vårdprocessen vilket bidrog till det goda utfallet efter det mest akuta skedet. Fallolyckan som skedde i efterförloppet visar vad som kan hända när det inte finns tydliga framtagna rutiner för alla inblandande i vårdens olika delar.

Andra exempel på SOP som stöds av särskilda verktyg, är till exempel checklistor, standardiserade kommunikationsverktyg för informationsöverföring och strukturer för briefing före och efter en uppgift, oavsett om det handlar om en akut situation eller inte.

SBAR är en kommunikationsstruktur som kan användas vid överrapporteringar eller då man berättar om en patient för någon annan, till exempel vid en rond eller avstämning. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning och

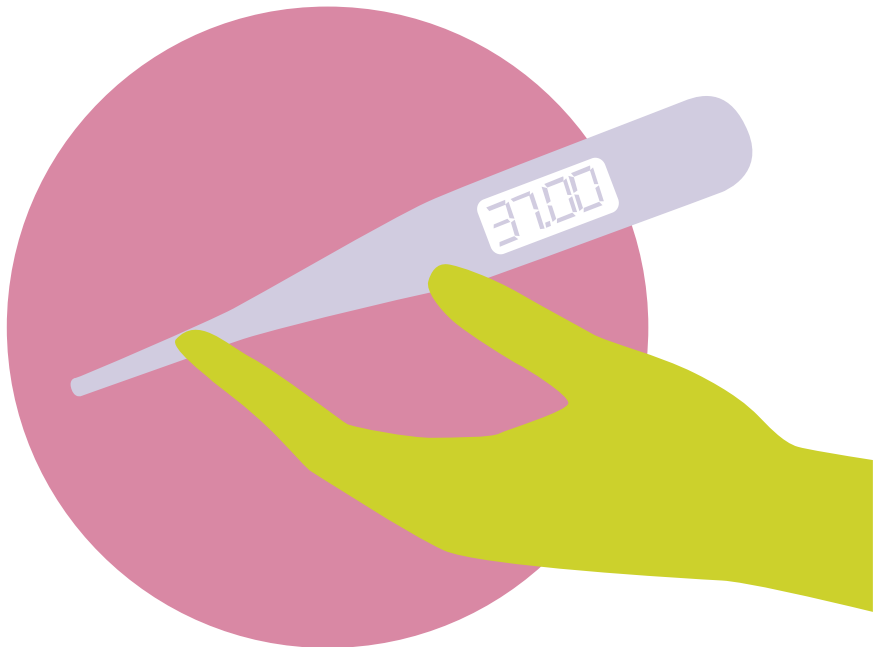


Rekommendation. Grundstrukturen kan sedan anpassas för olika typer av överrapporteringar.

WHOs Checklista för Säker Kirurgi har spridits över hela världen. Den påminner om viktiga moment som behöver säkerställas inför en operation, som rätt utrustning, identitetskontroll, sida för ingreppet, antibiotika och risk för komplikationer. Den är även ett verktyg som stödjer teamet genom att tydliggöra allas roller och arbetsuppgifter. Genom att skapa en gemensam bild av hur ingreppet ska utföras och vilket utfall som förväntas kan man fånga upp risker och planera för hur de ska hanteras.

Efter ingreppet stannar teamet upp för en kort reflektion om vad de kan lära av hur samarbetet gick. De gör även upp en gemensam plan för vad som ska ske med patienten efter operationen.

Uppföljningsstudier visar att metoden leder till större patientsäkerhet om personalen förstår checklistans grundtanke, arbetssättet har införts systematiskt och medarbetarna får träning i hur checklistan ska användas.



Vid hjärt-lungräddningssituationer är ABCDE exempel på en klok standardisering. A står för luftväg, B för andning, C för cirkulation, D för disability (här undersöker teamet om patienten har någon neurologisk eller medvetandepåverkan) och E för exponering för kyla/ värme. E innefattar även bedömning av huden. Patienten bedöms och åtgärder görs enligt ABCDE för att de viktigaste vitalfunktionerna ska bedömas och åtgärdas först.

EARLY WARNING SCORES

Ibland kan det vara svårt att veta när det är dags att slå larm vid en försämring i patientens tillstånd. Detta är en kunskap som ibland tar lång tid att utveckla om erfarenheter inte delas på arbetsplatsen.

Inom den somatiska vården finns flera verktyg för att kunna bedöma och agera på försämring av en patient. Det gäller till exempel NEWS (National Early Warning Score) och PEWS (Pediatric Early Warning Score). Dessa "early warning scores" är strukturerade verktyg för bedömning av vitalfunktioner och ger ett beslutsstöd både för att bedöma när patientens tillstånd kräver hela teamets insatser och vilka åtgärder som då ska vidtas. Dessutom ger de en möjlighet att kommunicera om patientens tillstånd.

I det dagliga arbetet finns det stora möjligheter att arbeta för en säker vård. Kontinuerliga riskanalyser och sammanställningar av avvikande händelser ger en god kunskap om vilka utmaningar som finns i verksamheten.

KUNSKAPS- OCH BESLUTSSTÖD

Säker vård underlättas också av tydliga kunskaps- och beslutsstöd. Ett exempel är ePed. Det är ett nationellt IT-baserat kunskapsstöd som vill bidra till en säkrare användning av barnläkemedel. Kunskapsstödet visar hur det kan se ut i hela kedjan, från risker till konkreta förbättringar.

Kunskapsstödet har utvecklats av en tvärprofessionell grupp med barnläkare, kliniska farmakologer, sjuksköterskor och farmaceuter. Dessutom deltar ett nätverk av verksamheter. Tillsammans skapar de en djup kunskap om barnläkemedel och hur läkemedelsanvändningen i barnsjukvården går till i vardagen.

Via ePed samlar man in och analyserar information om normal daglig läkemedelsanvändning, risker och avvikelser från flera källor. Via systematiska förbättringsarbeten som testas i liten skala omsätts denna information till nya innovativa arbetssätt och sprids till många olika vårdgivare genom det IT-stöd som finns för ordination, förskrivning och iordningställande av barnläkemedel. Läs mer på www.eped.se

Nationellt finns det också kunskapsunderlag för utvecklingsarbete.

- Socialstyrelsen har gjort en kunskapsbas som finns tillgänglig på webben. Läs mer på www.kunskapsguiden.se
- SKL har i samarbete med landsting och kommuner skapat ett Nationellt ramverk för patientsäkerhet. Det är en bank med metoder för ett antal utvalda områden. Läs mer på www.skl.se.

Att leda för säker vård

Trots de ibland bristande förutsättningarna i vården när det gäller säkerhet och trygghet är det mycket som kan bli bättre – och som faktiskt redan har blivit det. Det visar många forskningsprojekt och rapporter.

Men det handlar inte om snabba lösningar. En viktig lärdom från säkerhetskritiska organisationer som lyckats sänka sina olyckstal är att ett lyckat säkerhetsarbete kräver resurser, långsiktighet, attitydförändring, kunskap och bättre förståelse för hur arbetet faktiskt utförs just där riskerna uppstår.

Därför är det viktigt att ledare på alla nivåer tar sitt ansvar för det långsiktiga arbetet mot en säker vård och att de prioriterar och leder arbetet i den riktningen.

PATIENTSÄKERHETSRONDER OCH DIALOGER

Ledningen kan bland annat arbeta med patientsäkerhetsronder, som ger chefen en möjlighet att skapa sig en egen bild av läget genom att ha en dialog direkt med personalen i verksamheten. Ronderna är en integrerad del av ledningssystemet och genomförs regelbundet exempelvis en gång per år i hela verksamheten.

Ronden innehåller diskussion om verksamhetens målbild för säkerhetsarbetet och uppföljning av den, olika mätbara indikatorer, händelse- och riskanalyser, vårdrelaterade infektioner, trycksår, patientmedverkan samt en öppen dialog om det faktiska läget på enheten.

Patientsäkerhetsdialoger innebär att experter och ledare gemensamt diskuterar läget för patientsäkerheten utifrån mätbara data. Dialogerna ska vara integrerade i ledningssystemet och genomföras regelbundet.

Arbetsmiljö, möjlighet till utveckling och att man trivs och är trygg i sin roll är också grundförutsättningar för säker vård.

MÄTNINGAR OCH ENKÄTER

Säkerhetskulturmätningar, patientenkäter och personalenkäter speglar på ett annat sätt hur medarbetare och patienter har det och hur de uppfattar kvaliteten och säkerheten i organisationen. Dessa enkäter behöver analyseras och återkopplas till medarbetarna. Då kan svaren bidra till en öppen och lärande diskussion om säker vård.

GOD SÄKERHETSKULTUR

Säker vård är en del av begreppet god vård. Utmaningen ligger i att vårdens chefer

och medarbetare ofta arbetar under förhållanden där många mål och drivkrafter existerar samtidigt men inte alltid ligger i linje med varandra.

Såväl ledare som medarbetare har många krav på sig – det kan handla om krav på en hållbar ekonomi, hur hög arbetsbelastningen får bli och att vården samtidigt ska vara säker. I dagens hälso- och sjukvård har vi tydlig återkoppling på hur väl vi möter kraven på ekonomiska resultat, men vi saknar fortfarande tydliga uppföljningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Säker vård vilar på ett etiskt förhållningssätt. Patientsäkerhet måste värderas högt och prioriteras aktivt av hela organisationen och självklart påverka beslut som fattas på alla nivåer i systemet. Alla måste våga säga ifrån om patientsäkerheten hotas och denna person behöver bli lyssnad på. Detta brukar kallas för att organisationen har en god säkerhetskultur.

”Alla måste våga säga ifrån om patientsäkerheten hotas och denna person behöver bli lyssnad på. Detta brukar kallas att organisationen har en god säkerhetskultur.”

Men det räcker inte att ha rätt attityd och rätta värderingar. Säkerhetstänkande måste genomsyra hur vi handlar i alla lägen, till exempel när det gäller hur vården är bemannad och organiserad.

LEDARSKAP PÅ OLIKA NIVÅER

Ledarskap för säker vård ser olika ut på olika nivåer.

Patienter och närstående bör ges utrymme att påverka och leda vården utifrån sin roll och sina egna behov och önskemål. De kan bidra med information om brister som de ser och aktivt delta som medlemmar i teamen som arbetar med deras vård och i förbättringsarbeten.

Medarbetare som utgör teamet närmast patienten utövar också ett ledarskap och behöver vara aktiva och granska om de mätetal som samlas in är relevanta och speglar kvalitet och säkerhet på ett meningsfullt sätt. Teamet kan göra dagliga avstämningar, söka information om avvikelser och föreslå direkta åtgärder. Här handlar ledarskapet till stor del om att tillämpa vårdplaner, riktlinjer och evidensbaserad kunskap. Det handlar också om vardagliga rutiner som tydlig och säker kommunikation vid varje överlämning. Du och dina kolleger deltar i förbättringsarbeten och rapporterar avvikelser.

Första linjens chefer och stödfunktioner behöver stödja medarbetare i att hitta fungerande mått på säker vård. De behöver också leda lärande samtal vid avstämningarna för att identifiera säkerhetsrisker och förstå bakomliggande faktorer. På denna nivå kan det handla om att se till att vården utgår från relevant kunskap och information och att verksamheten har en god säkerhetskultur. Avvikelse rapporter uppmuntras och leder till förändring. Här handlar det också om att hantera bemanning och ha utrymme för flexibel vård utifrån patienternas behov.

En annan viktig uppgift är att uppmärksamma identifierade problem och risker och föra upp information till en högre nivå.

På verksamhets- och sjukhusledningsnivå behövs chefer som aktivt arbetar med att avsätta tid och resurser för utveckling och uppföljning av patientsäkerhet och kvalitet. På denna nivå behövs en helhetssyn och en förmåga att blicka framåt för att förutsäga och avvärja risker. Det kan de till exempel göra genom att jobba aktivt med bemanning, arbetsmiljö och kompetensutveckling.

Det kan handla om att se till att medarbetare har adekvat professionell kompetens som upprätthålls med till exempel kontinuerlig simulatorträning. Ledningen på den här nivån är också ansvarig för att det finns tillräckliga personalresurser, att vården som ges utgår från patientens behov och att personalens kompetens motsvarar dessa behov. Ledningen behöver även visa ett tydligt intresse för och efterfråga resultat som hänger ihop med säker vård.

Ledarskapet finns också på politisk nivå i regioner och landsting. Politikerna på den nivån styr förutsättningarna för både offentlig och privat hälso- och sjukvård. De behöver ha fokus på hur verksamheterna kan styras och följas upp när det gäller säkerhet och kvalitet, inte på kortsiktiga ekonomiska mål. På den här nivån kan politikerna formulera krav och skapa starka drivkrafter för vårdgivarna. Det är viktigt att politikernas system för styrning och uppföljning – via avtal och strategier – tydligt värnar om medborgarnas rätt till en god och säker vård. Mycket är fortfarande okänt om hur säker vård skapas i olika delar av vården. Därför är det viktigt att politikerna avsätter pengar till forskning och långsiktigt lärande om just säker vård.

NATIONELL STRATEGI FÖR PATIENTSÄKERHET

Även på nationell nivå är enigheten stor om hur viktigt det är arbeta mot en god och säker vård. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet (2014). Syftet är att långsiktigt och gradvis minska antalet vårdskador och nå fram till en nollvision.

Förslaget lyfter fram patientsäkerhetskulturen som en grundsten och patientens medverkan och delaktighet är en självklar del i det. Arbetet för en säker vård ska vara förebyggande och det ska gå att mäta och jämföra resultat inom och mellan organisationer i Sverige och andra länder. Genom att jämföra resultat kan man sprida kunskap om vilka åtgärder som är effektiva och som därför ska användas. Medarbetarna ska ha rätt kompetens för det arbete de utför.

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har också utvecklat ett ramverk för patientsäkerhet. Där beskrivs tre perspektiv på patientsäkerhetsarbetet: Patientfokuserad, Kunskapsbaserad och Organiserad. Inom varje område finns det verktyg för arbete mot en säker vård. Läs mer på www.skl.se.



Former för lärande

Lärande inom patientsäkerhet och säker vård bör gå som en strimma genom alla utbildningar på vårdens område och vara med i verksamheternas internutbildningsprogram. Patientsäkerhet är en grund för vården och därför bör den vara med i kursplaner på både grundutbildningar och i verksamheternas inskolningsprogram. Kunskaperna kan sedan fördjupas med ökad erfarenhet och utvecklas stegvis.

Många organisationer har idag utbildningsprogram för chefer och medarbetare i patientsäkerhet. Grundutbildningarna för vårdens professioner erbjuder verksamhetsförlagt lärande och även speciella lärmiljöer som kliniska undervisningsavdelningar. Där kan studenter reflektera och lära sig hur de tillsammans kan bidra till en säker vård och hur de kan göra det tillsammans med andra professioner.

Det är viktigt att undervisningen skapar förståelse för att den mänskliga faktorn påverkar hur vi bygger säkerhetskulturer. Hur vi människor fungerar och reagerar, hur fel uppstår och individ- och systemsyn är viktiga basmoment i utbildning om säker vård.

Fler områden än vad man kanske tror, kan och bör tränas för att skapa och upprätthålla en säker vård. Inte minst gäller det arbete i team och kommunikation.

Träning är viktigt därför att kunskaperna behöver tillämpas och vävas in i vårdens vardag. För detta krävs inte bara en djup förståelse, utan även att man övat många gånger.

Träna analyser

Reflektion och analys av vardagens arbete är viktiga moment för säker vård, bland annat när det gäller tänkbara patientsäkerhetsrisker och vad som kan göras för att minska riskerna. Det är en förmåga som kan tränas i teamet och även under utbildningstiden. Genom att systematisk träna på att upptäcka och reagera på risker ökar möjligheten att samtliga i teamet och även patienter och närstående upptäcker icke önskvärda händelser och agerar utifrån detta.

”Fler områden än vad man kanske tror, kan och bör tränas för att skapa och upprätthålla en säker vård. Inte minst gäller det i team och kommunikation.”

Träna tekniska färdigheter i simulatorer

Teknisk träning minskar risken för fel. Kliniska träningscenter kan ge möjlighet till individanpassade träningsmöjligheter där moment kan tränas efter varje persons behov. Träning under utbildning, att träna in hantering av ny teknisk apparatur eller procedurer samt att träna på kända moment efter längre frånvaro förbättrar också säkerheten.

Träna icke-tekniska färdigheter som teamarbete och kommunikation

För livshotande situationer då stressnivån är hög behöver teamet vara tränat i ett strukturerat samarbete. På många sjukhus runt om i landet tränas därför team från sjukvården regelbundet i hur de ska hantera situationer som kräver akuta livräddande insatser. Träning kan ske ute i verksamheten eller på ett simulatorcentrum och leds av utbildade instruktörer.

Träning kan ske i säker testmiljö för att skapa säkerhet och "ryggmärgsreflex" vid arbete i högrisksituationer som hjärtlungräddnings-situationer, transport av kritiskt sjuka patienter och omhändertagande av traumapatienter. Det gäller också för andra färdigheter som säker kommunikation vid operation eller i andra situationer.

Teamträning med efterföljande reflektion höjer deltagarnas medvetenhet om sin egen roll och kunskap, och skapar också förståelse för kompetensen hos alla i teamet och vad alla kan bidra med.

På de flesta platser tränas idag icke-tekniska och tekniska färdigheter i simulator, framförallt för akuta situationer. Många teambaserade rutinmoment som ronder, procedurer, läkemedelskedjan, operationer och arbetsmöten skulle kunna tränas på samma sätt.



Förväntade läranderesultat

Säker vård är ett kunskapsområde som befinner sig inom flera olika domäner. Här kan du läsa några exempel på vad som kan vara viktiga kompetenser för alla olika yrkesområden inom hälso- och sjukvård samt tandvård. För fler exempel se länken till WHO's curriculum i litteraturlistan.

- Kunna redogöra för vad som menas med säker vård.
- Kunna förklara hur man tror att människor fungerar och tänker, och hur vårdens system kan designas för att fungera säkert trots begränsningar i den mänskliga förmågan.
- Kunna beskriva skillnaden mellan individsyn och systemsyn och hur det påverkar arbetet med att förebygga vårdskador.
- Kunna värdera patienters och närståendes delaktighet i utvecklingen av patient-säkerhetsarbetet.
- Kunna redogöra för hur vanliga vårdskador som till exempel fallskador, läkemedelsförväxlingar, vårdrelaterade infektioner och trycksår kan förebyggas.
- Kunna delta i och bidra till ett effektivt och säkert teamarbete.
- Kunna förstå hur kloka standardiseringar kan ge ökad patientsäkerhet.
- Kunna redogöra för begreppet resiliens.
- Kunna genomföra analyser av risker och misstag och förstå hur de kan ge ett lärande.
- Kunna förklara hur time-out inför och efter arbetspass eller procedurer kan ge ökad säkerhet.
- Förstå vikten av och kunna tillämpa metoder för att återföra och lära av det som har hänt, för att sprida bra arbetssätt och förebygga vårdskador.
- Kunna redogöra för hur metoder för säkerhetsarbete som patientsäkerhetskulturmätning, journalgranskning, mätning av följsamhet till hygienregler för att minska VRI och trycksårsmätning kan vara olika sätt att följa upp patientsäkerheten.
- Kunna förklara hur patientsäkerheten kan öka genom att den egna verksamheten systematiskt analyserar risker inför varje arbetspass och inför varje förändring (i stort och smått), mäter och jämför sina resultat lokalt, regionalt och nationellt med andra jämförbara enheter.

Tips för säker vård

Säker vård är inte ett statiskt tillstånd. Det är ett förhållningssätt utifrån känd kunskap och ett mål som hela tiden förändras i takt med vårdens utveckling. Så här kan du arbeta för att ständigt utveckla en vård som är säker:

- Tänk på att säkerhetskulturen skapas av ledningen. Det ledningen prioriterar signalerar ut i systemet vad som är viktigast. Handlingar väger tyngre än värdegrunder.
- Skapa och bibehåll säkra strukturer och rutiner som alla känner till. Låt medarbetare vara med och skapa dessa rutiner så att deras förståelse för och kunskap om systemet tas till vara.
- Utveckla personcentrerad vård, patient och anhöriga som aktiva parter i skapandet och utvecklingen av säker vård.
- Använd bedömningsinstrument och checklistor (t ex fallriskbedömning, nutritionsstatus, trycksårsbedömning, munhälsobedömning, checklista för säker kirurgi).
- Träna medarbetare regelbundet i säkert teamarbete. Under simulerade scenarier tränas teamet i kommunikation, att hitta och använda alla resurser, i teamarbete, att ordinera, bereda och administrera läkemedel och i ett strukturerat medicinskt omhändertagande.
- Se upp för riskbeteende, när man börjar ta genvägar och hoppar över beslutade tillvägagångssätt.
- Diskutera patientsäkerhetskultur – våga säga till om något känns fel!
- Använd standardiserad kommunikation, till exempel SBAR.
- Skapa bra system för att rapportera avvikelser och risker, där det ingår att de sammanställs och återrapporteras samt åtgärdas.
- Gör kontinuerliga riskanalyser av verksamheten.
- Bjud in till patientsäkerhetsdialoger mellan ledning och verksamhet.
- Analysera vilka delar av den dagliga vården som innebär speciella risker och ger upphov till vårdskador. Det kan exempelvis vara vårdrelaterade infektioner, fallskador, undernäring eller trycksår. Genom att fokusera på dessa riskområden och förbättra rutinerna genom att ta bort föråldrade rutiner och föra in "best practice" kan antalet vårdskador minskas.
- Gör riskanalyser i både stora och små frågor vid organisationsförändringar och i början av arbetspasset eller vid överlämningar.
- Analysera regelbundet enhetens resultat med hjälp av både medicinska indikatorer och omvårdnadsindikatorer och jämför med liknande enheter. Gör en plan för åtgärder om resultaten behöver förbättras.
- Rapportera avvikelser och se till att få återkoppling på analyserna av dem.
- Arbeta förebyggande för att minska antalet vårdrelaterade infektioner.

Projektdeltagare och författare

Projektledning

Svensk sjuksköterskeförening:
Ami Hommel

Svenska Läkaresällskapet:
Stefan Lindgren

Sveriges Arbetsterapeuter:
Christina Lundqvist

Fysioterapeuterna:
Stefan Jutterdal

Dietisternas Riksförbund: Elisabeth
Rothenberg och Lotta Klinge Härberg

Sveriges Tandläkarförbund:
Cajsa Johansson

Helena Teglund

Milene Svana

Chaim Zlotnik

Lena Haglund

Ulrica Lundström

Anette Alfredsson

Malin Hedlund-Curlo

samt redaktör, författare och
projektledning

Redaktör

Sara Berqvist Månsson

Projektledare

Torie Palm Ernsäter,
Svensk sjuksköterskeförening,

Hans Rutberg,
Svenska Läkaresällskapet

Styrgrupp

Styrelsen för respektive deltagande
organisation

Deltagare i workshop

Paul de Roos, tillsammans med
projektledningen ansvarig för upplägg
och genomförande av workshop

Åsa Andersson

Marlene Lindblad

Torbjörn Ledin

Pelle Gustafson

Ullakarin Nyberg

Birgit Rösblad

Författare

Kiku Pukk Härenstam, snart färdig
specialistläkare i barn- och ungdoms-
medicin vid Astrid Lindgrens barnsjuk-
hus, doktor i medicinsk vetenskap vid
Medical Management Centrum, LIME,
KI. Hon är instruktör vid Centrum för
Avancerad Medicinsk Simulering Barn,
utbildar i CRM och har arbetat på Dan-
deryds sjukhus samt på Astrid Lind-
grens barnsjukhus med kvalitets- och
patientsäkerhetsarbete. Hon är sedan
2013 en av åtta Vinnvård fellows.

Lena Sahlqvist är leg sjuksköterska och
har tidigare varit patientsäkerhetssam-
ordnare vid Socialstyrelsen, där hon
utvecklade myndighetens arbete med
patientsäkerhet. Hon var även Govern-
ment Chief Nurse. Lena Sahlqvist har
dessutom lett avdelningen för upp-
dragsutbildning vid Karolinska Institutet
och är idag fristående konsult inom
området säker vård.

Lästips

Lindh M, Sahlqvist L. *Säker vård*, Natur och Kultur, 2013

Ödegård S (red) *Patientsäkerhet: teori och praktik*, Liber, 2013

Socialstyrelsen, *Nationell strategi för patientsäkerhet*, 2014

Socialstyrelsen, *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015*, 2015

Artikelserie i Läkartidningen

Amalberti R, Ahlberg J. *Den föränderliga vården en utmaning för patientsäkerheten*. Läkartidningen 2015;112:DEXS

Ekstedt M, Dahlgren A. *Säker vård även i hemmet en framtida utmaning*. Läkartidningen. 2015;112:DFI7

Gustafson P, Ahlberg J, Ekstedt M, et al. *Säkrare svensk sjukvård kräver sammanhållet och uthålligt arbete*. Läkartidningen 2015;112:DHMM

Lindh M, Bergens A, Andreen Sachs M. *När beteendet blir en säkerhetsrisk*. Läkartidningen 2015;112:DFI6

Pukk Härenstam K, Gaffney D. *Kognitiva och sociala färdigheter nödvändiga för säkert teamarbete*. Läkartidningen 2015;112:DFEC

Ros A, Gustafson P. *Patientsäkerhet kräver regler som följs men också bryts*. Läkartidningen 2015;112:DFI4

Rutberg H, Grunewald C, Spencer A. *Patientsäkerhetsarbetet i Sverige har gett resultat*. Läkartidningen 2015;112:DEXI

Referenser på engelska

Dekker S. *Just culture: balancing safety and accountability*, Ashgate, 2007, Aldershot, UK

Vincent, C, Amalberti, R. *Safer Healthcare – Strategies for the Real World*, Springer, 2016

Vincent C, Burnett S, Carthey J. *The measurement and monitoring of safety*. Health Foundation 2013. 90 Long Acre, London WC2E 9RA ISBN 978-1-906461-44-7



Organisationer

Flera organisationer arbetar med att utveckla och fördjupa patientsäkerhet. Läs vidare på deras hemsidor, sök på patientsäkerhet.

Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se

Sveriges kommuner och landsting (SKL), www.skl.se

LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, www.lof.se

Vårdgivarguiden i Stockholms län, www.vardgivarguiden.se

Metoder

Socialstyrelsen; *Riskanalys och händelseanalys*. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Andra reviderade upplagan, 2009. ISBN: 978-91-86301-28-6

Socialstyrelsen; *Min guide till säker vård*. Handbok för patientsäkerhetsarbete. 2015

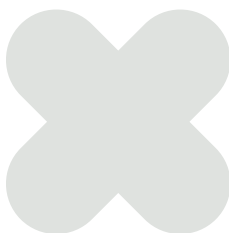
Socialstyrelsen; *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Fjärde upplagan april 2015

Gröna korset: En enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid, vilket skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patientsäkerhetskulturen. För en beskrivning av metoden se www.vgregion.se

Magnetmodellen. *Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen*, Svensk sjuksköterskeförening, 2015. För mer information se www.swenurse.se

Lärandemål. WHO's *Patient Safety curriculum guide*, se www.who.int

Teach-back. *Förstå mig rätt (Teach-back-metoden) – lathund*. Metod för att säkerställa Kommunikation och informationsöverföring mellan personal och patient/anhörig. Finns på www.vardgivare.skane.se

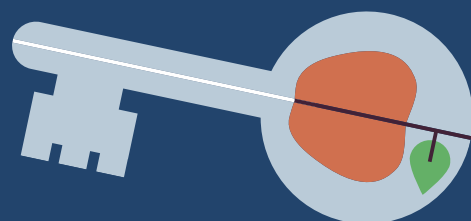


För att kunna ge god och säker vård behöver vårdens professioner sex viktiga kärnkompetenser. Förutom kärnkompetensen säker vård i sig, utgörs de av personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik. De är alla inbördes beroende av varandra.

Här kan du läsa om vad kärnkompetensen säker vård innebär i såväl vårdarbetet som i utbildningssammanhang, från teorier och modeller, till praktisk tillämpning och förväntade läranderesultat.

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet har tidigare beskrivit kärnkompetenserna teamarbete och förbättringskunskap.

I denna skrift beskriver vi nu kärnkompetensen säker vård. Men det är inte bara sjuksköterskor och läkare som behöver samarbeta i det dagliga arbetet med säker vård. Projektet med kärnkompetenser för god och säker vård har därför utvidgats och denna skrift är resultatet av ett brett samarbete mellan Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund. Vi hoppas att skriften ska väcka ett intresse hos alla som medverkar i vården, såväl professionella som dem som är i behov av vård och i utbildningar, såväl lärare som studenter.



SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
FYSIOTERAPEUTERNA

SVERIGES ARBETSTERAPEUTER
DIETISTERNAS RIKSFÖRBUND
SVERIGES TANDLÄKARFÖRBUND