

NATIONELL SATSNING FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Säkrare vård och omsorg

HANDBOK I GRUNDLÄGGANDE PATIENTSÄKERHETSARBETE





Säkrare vård och omsorg

HANDBOK I GRUNDLÄGGANDE PATIENTSÄKERHETSARBETE

Upplysningar om innehållet:
patientsakerhet@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

ISBN 978-91-7164-640-8

Foto omslag: Pia Nordlander; foto inlaga: sid 6, 21,
22, 28 (till höger): Pia Nordlander; sid 28 (till vänster):

Lars Forsstedt; sid 34: Thomas Henrikson

Produktion: forsbergvonessen

Tryck: Ljungbergs Tryckeri

Förord

I början av 2000-talet var patientsäkerhet ett nytt begrepp för många i vården. Nu, tio år senare, har patientsäkerheten stärkt sin ställning i vårdens samlade kvalitetsarbete. Numera diskuteras patientsäkerhet på ledningsnivå. Fler mätningar i vården och omsorgen ger underlag för att öka säkerheten. Resultaten av mätningarna är offentliga, vilket gör att patienterna är bättre informerade om hur säker vården är.

När man säger ”vård” leder tankarna hos många till den vård som bedrivs av landstingen och på sjukhus. I verkligheten utförs allt mer vård i kommunal regi. Det gäller till exempel vården i den kommunala hälso- och sjukvården, men även i de kommunala verksamheter som styrs av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SOL).

Trots att den svenska vården håller hög kvalitet, skadas människor i vården varje dag. Det är skador som i många fall hade kunnat undvikas. Att öka patientsäkerheten är att försöka minska dessa vårdskador och minska det onödiga lidandet för patienterna.

Denna handbok vill ge en bild av riskerna i vården och omsorgen liksom de grundläggande metoderna och arbetssätten för att minska vårdskador. Handboken förespråkar genomgående förebyggande arbetssätt. Det betyder att vara medveten om riskerna för vårdskador och att agera för att minska dem.

Att öka säkerheten i den vård och omsorg som sker i kommunal regi är avgörande för hur patientsäkerheten förbättras i Sverige. Samverkan mellan kommun och landsting är ett område där det fortfarande finns mycket att förbättra. Detta kräver insatser både av landstingen och av kommunerna.

Projektledare för handboken var Annica Öhrn och Eva-Lena Ahlberg från Patientsäkerhetsenheten, Landstinget i Östergötland. Medverkade gjorde även en referensgrupp som bestod av följande personer: Annette Alfredsson, MAR, Göteborg; Karin Boijertz, MAS, Malmö; Gisela Green, avdelningschef, Limhamn/Bunkeflo; Anna Hildesson, MAS, Mölndal; Åke Härstedt, säkerhets- och beredskapsansvarig, Malmö; Leif Olsson, kvalitetschef hälso- och sjukvård, Gotlands kommun; Eva Sellberg, kvalitetschef socialförvaltningen, Gotlands kommun.

Stockholm februari 2011

Göran Stiernstedt
Direktör för avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

3	Förord
7	Kapitel 1. Säkrare vård och omsorg
7	Patientsäkerhet i ett historiskt perspektiv
8	Vårdskador, fel och brister inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg
8	Ansvar, ledning och styrning inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg
9	Säkerhetskultur
9	Systemsyn kontra individsyn
10	Medverkan av den enskilda individen och närstående i patientsäkerhetsarbetet
11	Kapitel 2. Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg
11	Kommunikation och information
12	Orsaker till bristande kommunikation
12	Åtgärder för att undvika brister i kommunikationen
13	Undernäring
13	Orsaker till undernäring
13	Åtgärder för att förebygga undernäring
14	Läkemedel
14	Orsaker till läkemedelsavvikelse
15	Åtgärder för att förhindra läkemedelsavvikelse
15	Fall
16	Orsaker till fall
16	Åtgärder för att förhindra fall
17	Trycksår
17	Orsaker till trycksår
17	Åtgärder för att förhindra trycksår
18	Infektioner och smittspridning
18	Orsaker till smittspridning
18	Åtgärder för att minska smittspridning
19	Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
19	Orsaker till fördröjd vård
19	Åtgärder för att förhindra fördröjd vård
20	Medicintekniska produkter
20	Orsaker till avvikelser
20	Åtgärder för att förhindra avvikelser
20	Omhändertagande vid allvarlig händelse
21	Omhändertagande av en enskild individ och närstående
21	Omhändertagande av medarbetare
23	Kapitel 3. Verktyg och metoder för rapportering och analys
23	Rapportering av händelser
23	Avvikelsehantering
24	Råd till dig som ska rapportera en avvikelse
25	Lex Maria och Lex Sarah
26	Enskild anmälan

26	Analysmetoder
26	Riskanalys
26	Utarbeta processbeskrivning
26	Identifiera riskerna
27	Utvärdera risker
27	Analysera resultat
27	Händelseanalys
28	Beskriv händelseförloppet
28	Identifiera bakomliggande orsaker
28	Åtgärdsförslag
30	Kapitel 4. Förbättringsarbete
30	Nolans förbättringsmodell och PDSA-cirkeln
31	Val av åtgärder
32	Reflekterande samtal
32	För eller emot en förändring
33	Kapitel 5. Nationella kvalitetsregister för kommunal hälso- och sjukvård
33	Svenska palliativregistret
34	Senior Alert
35	Ord- och begreppsförklaringar
37	Referenser
39	Bilaga 1
39	Lagar och föreskrifter inom säkerhetsområdet för kommunal vård och omsorg
41	Bilaga 2
41	Säkerhet på min arbetsplats
42	Bilaga 3
42	Checklista för ett säkrare hem/hemmiljö
43	Bilaga 4
43	Sammanställning på avdelnings/enhetsnivå
44	Basala hygienrutiner och klädregler
45	Bilaga 5
45	Sannolikhets- och konsekvensmatris
46	Bilaga 6
46	Processbeskrivning ApoDos-process



Säkrare vård och omsorg

Varje dag drabbas någon av brister i vården eller omsorgen. Det leder framförallt till ett onödigt lidande för både den drabbade enskilde individen och för den inblandade medarbetaren, men också till ett slöseri med samhällets resurser. Det är därför viktigt att tidigt upptäcka och påtala brister i kvalitet och patientsäkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården och sociala omsorgen.

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga. En person som har kontakt med kommunens representanter ska känna sig trygg och säker. Och en anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

Begreppet patientsäkerhet är ett vedertaget begrepp, såväl internationellt som i Sverige. Det innebär att människor ska skyddas mot vårdskada, det vill säga att en enskild individ skadas inom vården och/eller omsorgen. Även om begreppet patientsäkerhet känns en aning främmande i de verksamheter som inte styrs av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) kan vårdskador ändå uppkomma både inom den kommunala hälso- och sjukvården som inom de kommunala verksamheter och styrs av Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och/eller socialtjänstlagen (SOL).

En vårdskada går oftast att undvika, det vill säga att den kunde ha förhindrats om omständigheterna hade varit annorlunda. Ofta är det brister i organisationen som är orsaken till att en individ skadas, till exempel brister i rutiner, teknik, kommunikation

och information. Exempel på vårdskador är fallskador, undernäring, trycksår, läkemedelsmisstag och vårdrelaterade infektioner.

Grunden för allt patientsäkerhetsarbete är att varje anställd har god kännedom om organisationens risker och en medvetenhet om systemets brister. Med hjälp av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med en fungerande avvikelshantering med analyser av risker, inträffade händelser och tillbud kan områden med bristande säkerhet identifieras, åtgärdas och följas upp. Därmed kan en förbättrad säkerhet uppnås vilket leder till en ökad trygghet för den enskilde individen.

Patientsäkerhet i ett historiskt perspektiv

Patientsäkerhet är ett område som har uppmärksammats först de senaste decennierna. År 1991 publicerade läkaren och professorn Lucian Leape en amerikansk studie som visade att 3,7 procent av de patienter som var inlagda på sjukhus ådrog sig en vårdskada, varav två tredjedelar kunde ha undvikits (1). Publikationen fick dock inte någon större upp-

märksamhet utan först år 1999 då amerikanska Institute of Medicine publicerade en rapport med titeln *To Err is Human* ökade intresset för patientsäkerhet (2). Författarna till rapporten hade med hjälp av siffrorna i Lucian Leapes studie räknat fram att upp till 98 000 patienter per år avled i USA till följd av vårdskador som kunde ha undvikits. Rapporten hade också ett annat budskap, nämligen att påvisa att skadorna inte orsakades av oaktsamma läkare och sjuksköterskor utan av brister i systemet och organisationen. I USA tog utvecklingen fart och två stora kampanjer genomfördes inom den amerikanska sjukvården för att minska antalet vårdskador och rädda liv.

I Sverige började patientsäkerhet få stor uppmärksamhet i början av 2000-talet. Då lanserade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett så kallat VRISS-projekt (VårdRelaterade Infektioner Ska Stoppas). En första nationell patientsäkerhetskonferensen genomfördes år 2004. Den har sedan upprepats vartannat år. År 2005 utgav Socialstyrelsen föreskriften om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12) som bland annat pekade på olika nivåers ansvar för patientsäkerheten. Året därpå utgav Socialstyrelsen föreskriften om Ledningssystem i verksamheter enligt SOL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11). Samma år lanserades den första handboken om riskanalys och händelseanalys (3). SKL introducerade 2007 den första nationella satsningen på patientsäkerhet med tydliga fokusområden och åtgärdsprogram (fallskador, trycksår, läkemedelsfel i vårdens övergångar och vårdrelaterade infektioner). Samma år påbörjades en patientsäkerhetsutredning som ledde fram till en ny patientsäkerhetslag som började gälla den 1 januari 2011 (Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659).

Vårdskador, fel och brister inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

Problemet med bristande patientsäkerhet är stort både internationellt och i Sverige. Ett flertal internationella studier har visat att antalet personer som drabbas av en vårdskada är omfattande (4-8). Studierna är dock gjorda inom den slutna hälso- och sjukvården, och det finns få studier inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Inom den slutna hälso- och sjukvården drabbas nästan var tionde patient (8,6 procent) av skador under vårdtiden på sjukhus enligt en svensk studie från Socialstyrelsen 2009 (9). Det motsvarar cirka 100 000 personer årligen. I tre procent av fallen (det vill säga cirka 3 000 personer) bidrar vårdskadan till att patienten avlider.

Under 2009 gjorde Socialstyrelsen en intern genomgång av Lex Maria-anmälningar. Av 578 inrapporterade Lex Maria-ärenden under den aktuella sexmånadersperioden (2008-11-01 – 2009-04-30) kom 22 procent av ärendena från den kommunala hälso- och sjukvården (exkl. psykiatrisk verksamhet). Av dessa resulterade 21 procent i dödsfall, 27 procent i men för den drabbade medan besvären i 52 procent av fallen var övergående. Mer än hälften av den kommunala hälso- och sjukvårdens Lex Maria-ärenden gällde läkemedelshantering såsom förväxlingar och problem med ApoDos som lett till att en individ inte hade fått sina läkemedel. Även fördröjda och försenade diagnoser identifierades liksom frakturer till följd av fallskador. I flera fall ledde sådana skador till dödsfall. Dessa resultat får stöd i de relativt få internationella vetenskapliga studier som finns kring patientsäkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård.

Avvikelse som inträffar inom den kommunala hälso- och sjukvården ska rapporteras enligt ledningssystemet. Exempel på avvikelser är läkemedelsfel, fallskador, bristande omvårdnad, och försenade eller uteblivna behandlingar. Inom socialtjänsten ska avvikelser identifieras och anmälas av var och en som arbetar inom verksamheter som lyder under SOL, LVU, LVM och LSS. Exempel på avvikelser är brister i bemötande, tillsyn, informationsöverföring och personlig omvårdnad liksom brott mot sekretesslagen, uteblivna insatser, övergrepp (fysiska och psykiska) och överskriden handläggningstid. Någon nationell statistik för avvikelser inom den kommunala omsorgen finns ännu inte. Dock planeras att nationell statistik för Lex Sarah-anmälningar ska bli tillgänglig under 2011.

Ansvar, ledning och styrning inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för den kommunala hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Tillsynen gäller såväl socialtjänsten som kommunernas hälso- och sjukvård, det vill säga äldreomsorg, omsorger om personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg. Tillsynen syftar till att granska om vården och omsorgen följer gällande lagar så att varje individ får den insats som han eller hon behöver och att verksamheten därmed säkerställer en god kvalitet och en hög säkerhet. Om Socialstyrelsen identifierar brister kan den ställa krav på att kommunen vidtar åtgärder som undanröjer risker och missförhållanden.

Alla som arbetar i en organisation har ansvar för att bedriva och medverka i patientsäkerhetsarbete. På vilket sätt detta ska ske regleras av olika lagar och föreskrifter (se bilaga 1).

Säkerhetskultur

En säker och trygg miljö för både de enskilda individerna och de anställda kan inte uppnås utan att det finns en gynnsam säkerhetskultur. En säkerhetskultur beskrivs enklast som ”det förhållningssätt och de attityder som en organisation och dess medarbetare har till risker”. Vissa organisationer har en mognare kultur än andra. En gynnsam säkerhetskultur kännetecknas av att:

- › medarbetare och ledning kan erkänna att fel kan inträffa i organisationen
- › medarbetarna känner att de kan rapportera avvikelser och risker utan rädsla för att bli tillrättavisade eller straffade
- › det finns ett utvecklat samarbete mellan olika vårdnivåer, yrkeskategorier och enheter för att hitta lösningar på säkerhetsproblem
- › det finns särskilt avsatta resurser för säkerhetsarbete

Säkerhetskultur går att mäta med hjälp av olika verktyg. Syftet är att identifiera en organisations styrkor och svagheter och de områden där ett intensifierat förbättringsarbete behövs. En mätning ökar sannolikt insikten om vad som krävs av både ledare och medarbetare för att förbättra och bevara en hög säkerhet. Mätningar möjliggör jämförelser över tid för en specifik enhet, dvs. enheten mäter och identifierar ett område för förbättring, exempelvis rapporteringsvilja, genomför ett förbättringsarbete och mäter därefter igen för att se om åtgärden ledde till en förbättrad säkerhetskultur enligt medarbetarnas åsikt. En mätning bör alltid göras innan ett mer systematiskt säkerhetsarbete inleds eller före en stor förändring som kan påverka säkerheten. Viktigt är att det redan innan mätningen, eller i nära anslutning till den, finns en handlingsplan för att vidta åtgärder mot bristande områden.

I bilaga 2 finns en enkät med tio frågor som kan användas för att börja mäta säkerhetskulturen med. Enkäten ska besvaras individuellt och anonymt. Svaren samlas in och sammanställs av den ansvariga chefen eller av någon som han eller hon har utsett. Utifrån en analys av enkätresultatet kan sedan ett förbättringsarbete startas.

Det finns en större enkät som rör patientsäkerhetskulturen med tillhörande handbok framtagen för sjukhus och primärvård (10). Den är gjord av den amerikanska organisationen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) och finns på svenska under namnet ”Att mäta patientsäkerhetskulturen”. Beställ handboken på www.skl.se/publikationer. Mer information om enkäten och handboken finns även på <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture>. AHRQ har även tagit fram en säkerhetskulturenkät för sjukhem och särskilda boenden men den är ännu inte översatt till svenska.

Systemsyn kontra individsyn

Tolkningen av anledningen till att misstag sker i vården och omsorgen har varierat över tid. Under många år ansågs den individ som hade utlöst händelsen eller gjort misstaget vara den skyldiga. När den skyldiga hade pekats ut vidtogs ofta disciplinära åtgärder (t.ex. varning, avstängning, omflyttning, omskolning) utan att det utreddes vidare varför misstaget kunde ske. Genom att fokusera på och skuldbelägga en person ansågs problemet vara löst utan att det behövde ske några andra förändringar i organisationen. Detta att leta syndabockar kallas *individsyn* och är ur ett juridiskt perspektiv och ett arbetsledningperspektiv bekvämt. Även ur ett politiskt perspektiv och ett medborgarperspektiv har detta synsätt varit bekvämt eftersom man har velat utkräva ett individuellt ansvar. Men ur ett modernt patientsäkerhetsperspektiv är det inte acceptabelt med en individsyn. Den som har begått ett misstag och blivit straffad för det kommer sannolikt inte att göra om samma misstag, men eftersom orsaken till misstaget nästan alltid finns i organisationen eller systemet finns ständigt risken att andra personer gör om samma misstag.

Då avvikelser inträffar samverkar ofta en rad orsaker, exempelvis brister i arbetsmiljö, rutiner, teknik eller kompetens. Att inrikta sig på att åtgärda de bakomliggande orsakerna i stället för att skuldbelägga en individ kallas *systemsyn*. I organisationer med systemsyn analyseras inträffade händelser för att man ska kunna identifiera brister i de olika skyddsmekanismer eller barriärer som borde ha förhindrat att misstaget inträffade (11, 12). En barriär har till syfte att antingen förhindra att en handling kan utföras på ett felaktigt sätt eller minska konsekvenserna av en felaktigt utförd handling. Exempel på barriärer inom den kommunala vården är introduktionsprogram för vissa arbetsmoment som förhindrar att någon utför ett arbetsmoment felaktigt, kodlös på läkemedelsskåp som förhindrar

otillbörlig åtkomst, olika larmanordningar, rutiner för att säkra att den enskilde får rätt insatser och olika checklistor. När en avvikelse har inträffat beror det ofta på att en eller flera barriärer har brutit eller saknats. Avsaknad av eller en bristande barriär ska åtgärdas snarast så att risken för upprepning av misstaget minskar eller försvinner.

Medverkan av den enskilda individen och närstående i patientsäkerhetsarbetet

Ansvar för ett effektivt och preventivt patientsäkerhetsarbete vilar på verksamhetschefen eller motsvarande. Samtliga medarbetare har också en skyldighet att medverka i och bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls. Den enskilde individen och hans eller hennes närstående bör, om de vill, engageras och bli delaktiga i flera delar av patientsäkerhetsarbetet. Det betyder dock inte att ansvaret för den enskildes vård och behandling förändras. Det ansvaret har organisationen.

Ett sätt att engagera enskilda individer med närstående är att tydligt uppmärksamma dem på vilka risker som kan finnas med olika typer av vård och behandling. Upplys dem om vilka riskerna är, hur de kan upptäckas och hur den enskilde ska agera när de upptäcks.

Den enskilde individen med närstående kan med fördel engageras i olika typer av riskanalyser exempelvis inför kommande förändringar i lokaler, organisation eller bemanning. Och när avvikelser har inträffat och en individ har skadats eller varit nära att skadas är det viktigt att i händelseanalysen beakta den enskildes och/eller närståendes synpunkter och iakttagelser. Ofta har de funderat på vad som kunde ha gjorts annorlunda och vilka åtgärder som skulle kunna sättas in för att undvika att avvikelsen upprepas. Fördelen med att engagera personer utanför arbetsgruppen är att dessa inte är så bundna till sina förslag till åtgärder som arbetsteamet kan vara. Ofta är deras förslag både kreativa, nytänkande och praktiska.

Olika typer av nätverk, exempelvis brukarråd och intresseorganisationer, kan vara arenor för att diskutera risker och inträffade avvikelser och där förslag till åtgärder kan dyka upp. I dessa nätverk går det också att kritiskt granska den information som finns på internet och som handlar om den enskilde individens sjukdom och situation.

Synpunkter från enskilda individer och närstående är en källa till information som ska värdesättas och tas omhand. Ingen ska behöva känna sig rädd för att lämna sina åsikter. Det är sedan viktigt att den mottagande enheten hanterar inkomna synpunkter som vilken avvikelse som helst, det vill säga med analys, åtgärd, återkoppling och uppföljning. Med en seriös hantering av synpunkter kommer automatiskt attityderna både till att lämna och att ta emot synpunkter att bli positiva. Glöm inte att de som inte kan förmedla sina åsikter på vanligt sätt på grund av exempelvis synfel eller talrubbingar ändå ska få möjlighet att lämna synpunkter exempelvis med hjälp av olika hjälpmedel.

Flera landsting och kommuner erbjuder också råd för hur medborgarna ska agera för att undvika missförstånd och få en bättre patientsäkerhet.

Några exempel på råd:

- › Fråga alltid om du har funderingar.
- › Delta gärna aktivt i alla beslut. Vård och omsorg ska ske i samråd med dig om du önskar.
- › Lär känna dina läkemedel. Ta reda på vad läkemedlet heter, vad den gör för nytta, hur länge och på vilket sätt du ska ta den. Fråga om biverkningar och om något annat läkemedel, naturläkemedel, mat eller dryck kan påverka medicineringen negativt.
- › Berätta om dina vanor. Berätta för personalen om dina vanor, till exempel matvanor, rökning, alkohol och motion. Berätta ärligt om du är överkänslig mot något eller om du äter speciell kost.
- › Säg till om du känner smärta eller obehag.



Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

Inom kommunal vårde och omsorg går det att identifiera riskområden där avvikelser är mer eller mindre vanliga. Socialstyrelsens interna genomgång av kommunalrelaterade Lex Maria-anmälningar 2009 visade att läkemedel, fall och fördröjd vård och behandling var de mest riskfyllda områdena. Andra riskområden var nutrition, delegering, omvårdnad, bemötande, kommunikation, information, infektioner och smittspridning och medicintekniska produkter.

Oftast finns risker redan inbyggda i ett system eller en organisation, exempelvis genom bristfälliga rutiner, bristande kompetens och felaktig teknik. Men risker kan också uppkomma i samband med förändring eller införande av nya organisationsformer, tekniker och rutiner. Ett exempel på detta är föreskriften om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, som utkom 2009 (SOSFS 2009:6). Det finns fortfarande oklarheter mellan de olika huvudmännen (landsting och kommun) om vad som betraktas som egenvård och hur den enskilde individen bedöms ha förmåga till egenvård. Detta har lett till avvikelser både i form av att ett för stort egenvårdsansvar har lagts på den enskilde individen och att den enskilde individen har frångåtits ansvar trots förmåga.

Här presenteras nu några av de områden där det ofta förekommer avvikelser. Det ges också förslag till förebyggande insatser för att minska antalet

avvikelser och i förlängningen även vårdskadorna. För varje riskområde beskrivs vilka avvikelser inom området som avses, vad som kan vara orsakerna till dem och förslag på åtgärder. Vissa riskområden exemplifieras med en fallbeskrivning.

Kommunikation och information

Säker vård och omsorg förutsätter att all information överförs på ett effektivt och korrekt sätt. En av de vanligaste orsakerna till avvikelser i vården och omsorgen är brister i kommunikationen. Vid akuta situationer, när en person blir sämre, är tydlig kommunikation speciellt viktig, eftersom situationen ofta är kaotisk och kommunikationen måste ske under tidspress. Men även i andra sammanhang, exempelvis vid muntliga överrapporteringar, är det av största vikt att mottagaren uppfattar budskapet korrekt så att inga missförstånd som kan leda till

avvikelse ska uppstå. För att minimera risken för missuppfattningar finns några enkla regler för kommunikationen. Den ska:

- › vara fullständig
- › vara korrekt
- › vara avgränsad
- › komma i rätt tid

Även skriftlig information kan leda till allvarliga händelser där en individ kan skadas. Exempel på det är brister i eller avsaknad av dokumentation, och beslut som inte är dokumenterade och därför kanske inte heller verkställs.

Orsaker till bristande kommunikation

Brister kan förekomma i kommunikationen mellan olika personer och mellan olika verksamheter och enheter bland annat på grund av att:

- › begrepp används med olika betydelse vilket kan leda till missförstånd
- › information ibland prioriteras olika, dvs. vad någon tycker är viktigt kanske inte är viktigt för mottagaren
- › information formuleras på ett sätt som gör att mottagaren tolkar det felaktigt
- › enskilda individer, närstående och medarbetare kan ha olika kunskaper i svenska språket
- › budskap blandas ihop vilket ibland kan göra det obegripligt för mottagaren. Vissa informatörer är fåordiga och får kanske inte med det viktigaste, medan andra är mångordiga och lämnar så mycket information att det viktigaste försvinner.
- › information förvanskas eller missas vid övergångar både mellan olika vårdgivare och mellan olika arbetspass på grund av bristande rutiner och dåliga verktyg

Åtgärder för att undvika brister i kommunikationen

Ett sätt att minska risken för att viktig information glöms bort eller feltolkas är att använda sig av en systematisk metod för kommunikation som ger struktur åt dialogen. SBAR är ett sådant verktyg för strukturerad kommunikation (13). SBAR står för:

- › Situation
- › Bakgrund
- › Aktuellt tillstånd
- › Rekommendation

SBAR är ett verktyg som inte bara kan användas vid kommunikation mellan medarbetare, utan det fungerar lika bra i dialoger mellan medarbetare och den enskilde individen och mellan medarbetare och närstående. Finessen med att använda sig av SBAR är att endast nödvändig information förmedlas i varje steg. Information som tillhör ett annat steg eller inte är nödvändig överhuvudtaget utelämnas. På så sätt blir informationen enklare att förmedla och den blir lättare för mottagaren att uppfatta, och därmed minskar risken för missförstånd.

S – Situation

I detta steg beskrivs kort vem som kontaktar och varifrån samt vad det huvudsakliga problemet är. Om det gäller en enskild individ noteras dennes namn, ålder och eventuellt personnummer. Det är viktigt att fundera på före samtalen vad som ska förmedlas.

Exempel: ”Jag heter Sam och jobbar som underskötare på vårdboendet Svalan. Jag ringer om Maj Knutsson, 79 år, som har ramlat och verkar ha ont.”

B – Bakgrund

I detta steg får mottagaren en kort sammanfattning av bakgrunden till problemet, dvs. historiken. Om det gäller en enskild individ så informerar man om dennes diagnos, eventuella utredningar och behandlingar om det är relevant för det som problemet handlar om.

Exempel: ”Maj flyttade hit för fyra dagar sedan på grund av demenssjukdom men hon har också hjärtsvikt och astma. Hon kommer från Storsjukhuset där hon har vårdats under en vecka på grund av av sin hjärtsvikt.”

A – Aktuellt tillstånd

I detta steg beskrivs nuläget. Om det gäller en enskild individ talar man om hur hon eller han mår just nu. Om det finns några mätvärden, t.ex. puls, blodtryck och temperatur, så uppges dessa. Nu beskrivs också vad man tror att problemet kan bero på. Om man inte vet men ändå känner en oro för att något är fel så säg det!

Exempel: ”Hon klagar över smärta i höger sida och ben. Vi har försökt få henne att stödja på benen men hon har för ont. Jag tror att hon har brutit sig.”

R – Rekommendation

I detta steg får mottagaren förslag på vad den kontaktande vill att han eller hon ska göra utifrån infor-

mationen i de tre första stegen. Innan man kontaktar bör man därför tänka noga igenom vad man vill. Ska mottagaren komma omedelbart och hjälpa till med en bedömning? Eller behöver man bara råd? Det är sedan mottagaren som avgör det fortsatta agerandet.

Exempel: ”Jag kan ringa en ambulans men kanske behöver hon något smärtstillande innan? Egentligen vill jag att du kommer så snart du har möjlighet och hjälper mig att bedöma detta.”

Läs mer om SBAR på SKLs webbplats www.skl.se/patientsakerhet där det även går att ladda ner material.

Patientfall

En multistjuk 83-årig kvinna i särskilt boende remitteras till röntgen för ultraljudsundersökning av buken. Kvinnan får hjälp till röntgen av sin gode man. Röntgen visar vätska i buken och den ansvariga röntgenläkaren kontaktar den remitterande läkaren för att diskutera fortsatt vårdnivå. De beslutar att kvinnan ska återvända till boendet. Den gode mannen blir upprörd över beslutet då han tycker att kvinnan är i allt för dåligt skick för att återvända. Han försöker därför få kontakt med den remitterande läkaren på vårdcentralen. Den gode mannen uppmanas av vårdcentralens läkarsekreterare att ta kontakt med den patientansvariga sjuksköterskan på boendet, och samtidigt får han en telefoni med läkaren tre dagar senare. Han återvänder till det särskilda boendet och samtalar med kvinnans kontaktperson som dock inte tycker att kvinnan har blivit sämre. Kontaktpersonen rapporterar över till den patientansvariga sjuksköterskan senare på dagen. Den patientansvariga sjuksköterskan uppfattar inte kvinnans tillstånd som akut. Men under natten larmar kvinnan och är kraftigt försämrad, en ambulans rekvideras och kvinnan avlider i ambulansen.

Undernäring

Undernäring är ett annat riskområde. Det är oftast lättare att förebygga än att behandla och därför rekommenderas att rutiner införs för att dels identifiera vilka individer som är inom riskzonen för att utveckla undernäring, dels snabbt vidta åtgärder för dem som uppvisar tecken på att vara undernärda. Ett utvecklat samarbete mellan vården och omsorgen på ena sidan och den enskilde individen och i vissa fall dennes närstående på den andra är av stor betydelse för att upptäcka och behandla undernäring.

FAKTARUTA

Undernäring är ett tillstånd som förekommer hos ungefär var tredje patient på sjukhus eller boende inom äldreomsorg i Sverige (14, 15). Det är ett tillstånd där kostintaget under en längre tid är lägre än behovet av näringsämnen. Ett bristfälligt näringsstillstånd leder bland annat till nedsatt funktionsförmåga, långsammare rehabilitering, försämrad sårhelingsprocess, muskelsvaghet och ökad risk för infektioner (16-22). Undernäring kan öka risken för trycksår, höftfrakturer och depression (23-24).

Orsaker till undernäring

Orsakerna till undernäring är många och måste angräpas och uppmärksammas på olika sätt. Några exempel på orsaker:

- › Otillräckligt näringsintag på grund av nedsatt aptit vilket i sin tur kan bero på illamående eller smärta, försämrad smak- och luktupplevelse, svampangrepp i munnen, dålig mun- och tandstatus eller tugg- och sväljsvårigheter
- › Minskat upptag av näring, t.ex. vid olika typer av tarmsjukdomar
- › Ökad näringsförlust på grund av minskat näringsupptag vid exempelvis diarré och kräkningar
- › Infektioner
- › Depressioner
- › Ensidig kost
- › Sociala faktorer såsom ensamhet och isolering, svårigheter att handla och laga mat
- › Läkemedelsbehandling eller annan behandling som kan orsaka ett minskat intag av energi och näring vilket i sin tur kan leda till undernäring

Åtgärder för att förebygga undernäring

Här följer förslag på åtgärder som kan vidtas för att förebygga risken för undernäring på individer som befinner sig i riskzonen.

- › Kontrollera den enskildes vikt och längd regelbundet och beräkna BMI (Body Mass Index).
- › Bedöm personens energi- och vätskebehov.
- › Gör en munvårdsbedömning vid behov.
- › Uppmana till eller hjälp till med munvård, det vill säga tandborstning, rengöring av munhåla och behandling av uttorkade slemhinnor flera gånger per dag.

- › Uppmärksamma om individen plötsligt får ättsvårigheter och rapportera detta.
- › Gör regelbundna nutritionsbedömningar, dvs. en bedömning av vikt, kostintag och ättsvårigheter. Dokumentera och följ upp dem. Flera olika bedömningsinstrument finns, varav det mest använda är Mini Nutritional Assessment (MNA). I kvalitetsregistret Senior Alert finns MNA-instrumentet (läs mer i avsnittet Nationella kvalitetsregister för kommunal hälso- och sjukvård).
- › Upprätta en vårdplan för individer med risk för undernäring. Vårdplanen bör innehålla diagnos, mål, planerad och ordinerad nutritionsbehandling samt åtstödande åtgärder.
- › Informera den enskilde individen och de närmaste om kostens betydelse och om hur de själva kan bidra till ett så bra näringsintag som möjligt.
- › Om det finns misstanke om undernäring ska läkare, sjuksköterska och dietist påbörja en utredning av orsakerna. Den patientansvariga sjuksköterskan upprättar en vårdplan som säkerställer nutritionsbehandling. Hon eller han tar också de nödvändiga kontakterna.

Läs mer om åtgärdspaket för undernäring på www.skl.se/patientsakerhet.

Läkemedel

Läkemedel är ett av de största riskområdena inom den kommunala hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Med läkemedelshantering avses ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel. I kommunen är det den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) som är ytterst ansvarig för att fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för läkemedelshanteringen. Rutiner och ansvarsfördelning ska finnas dokumenterade i en lokal instruktion. Den patientansvariga sjuksköterskan ansvarar sedan för att lokala rutiner upprättas och följs, till exempel att läkemedel hålls inlåsta på avsedd plats. MAS ska fortlopande följa upp läkemedelshanteringen och på så sätt säkerställa att rutiner och ansvarsfördelning fungerar så att säkerheten är hög.

De vanligaste avvikelserna inom läkemedelsområdet är att:

- › dosen glöms bort
- › läkemedel inte är signerat

- › iordningställd läkemedelsdos ges på fel tid
- › läkemedel förväxlas, exempelvis läkemedel till fel individ eller att fel preparat administreras
- › fel dos administreras

Dessa avvikelser kan medföra allvarliga konsekvenser för den drabbade, och åtgärder bör vidtas för att minska antalet och förhindra att de inträffar. Inom den kommunala hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen finns dessutom ett delegationsförfarande som kan innebära risker, liksom hanteringen av ApoDos. Exempel på avvikelser vid ApoDos-hantering är att ett läkemedel som inte går att dela enligt ApoDos, det vill säga ska ges utanför det slutna ApoDos-systemet, kan bli bortglömt eller ges i felaktig dos.

FAKTARUTA

I genomsnitt upptas en av tio vård dagar på en medicinklinik av patienter som vårdas för läkemedelsfel. De har till exempel uppfattat ordinationen fel eller ätit för mycket eller för lite läkemedel (25). I den svenska vårdskadestudien från Socialstyrelsen 2009 identifierades drygt en fjärdedel av vårdskadorna som läkemedelsrelaterade, t.ex. överdoseringar, förväxlingar eller otillräcklig behandling (9). Det finns även studier som pekar på att äldres sjukhusinläggningar är läkemedelsrelaterade till upp emot 40 procent (26-28). Många av dessa skador kan förebyggas (29, 30), hos äldre till nästan 90 procent (30). Fel i informationsöverföringen för läkemedel mellan kommuner och sjukhus och vice versa är vanliga (31).

Många äldre patienter har ofta ett komplext vårdbehov med många diagnoser och läkemedel. Hos äldre personer förändras förmågan att ta upp läkemedel i kroppen liksom att omvandla och utsöndra dem. Vid vård av och omsorg om äldre bör detta således beaktas så att man snabbt reagerar vid misstanke om oönskade effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling.

Orsaker till läkemedelsavvikelser

Orsaker till läkemedelsavvikelser är exempelvis:

- › otydliga läkemedelsordinationer
- › feltolkning av läkemedelsordinationer
- › ouppmärksamhet vid administrering av läkemedel
- › bristande kontroll av individens identitet eller läkemedelsordination
- › otydlig ansvarsfördelning eller prioritering

- › misstag och missuppfattningar i vårdens övergångar, det vill säga då en individ byter vård-enhet eller vårdnivå, exempelvis skrivs ut från sjukhus till ett särskilt boende. I dessa fall finns flera parter inblandade, läkare, sjuksköterskor, medarbetare på boendet, den enskilde individen och närstående, vilket kan leda till brister i kommunikationen vilket i sin tur kan leda till miss-uppfattningar.

Åtgärder för att förhindra läkemedelsavvikelser

Ett sätt att göra läkemedelshanteringen säkrare är att utveckla en säker läkemedelsprocess. I en sådan ingår att ha rutiner, kända av alla berörda, för kontroll av individens identitet och läkemedelsordination och för hur läkemedlet ska administreras. Läkemedel bör hanteras av så få som möjligt och ansvaret för dem bör delegeras restriktivt.

Några exempel på åtgärder är:

- › Riskanalyser på de moment i läkemedelshanteringen där avvikelser förekommer ofta, exempelvis ApoDos-hantering. Läs mera om riskanalys i avsnittet Verktyg och metoder för rapportering och analys längre fram.
- › Läkemedelsgenomgångar för att komma åt problemet med felaktig läkemedelsanvändning hos äldre. Läkemedel som inte gagnar den enskilde individen ska sättas ut. Den patient- eller omvårdnadsansvariga sjuksköterskan kan tillsammans med den enskilde individen göra ett förslag som lämnas till den ansvariga läkaren för bedömning och korrigerings.
- › Strukturerad journalgranskning för att identifiera dels eventuella felaktigheter i den enskilda individens läkemedelslista, dels händelser som kan ha haft koppling till en felaktig läkemedelsprocess, t.ex. för lågt eller för högt blodglukosvärde.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

Läkemedelsavstämning är en process i flera steg med flera aktörer inblandade. Avsikten är att nå en så hög överensstämmelse som möjligt mellan en enskild individs behov, ordination och användning av läkemedel. Resultatet ska vara en läkemedelslista som alltid är aktuell och som samtliga parter kan känna sig trygga med.

SKL har tagit fram ett handlingsprogram för att förebygga fel i vårdens övergångar. I handlingsprogrammet framgår att en läkemedelsavstämning bör

göras när en individ byter vårdgivare. Det är viktigt att säkra informationsöverföringen vid en läkemedelsavstämning vid såväl inskrivning som utskrivning från sjukhus. Det finns även ett kunskapsunderlag om läkemedelsrelaterade problem och hur de kan förebyggas. Det handlar om problem kan undvikas genom att arbeta förebyggande genom hela vårdkedjan. Läs mer på SKL:s webbplats www.skil.se/patientsakerhet.

Patientfall

85-årig kvinna med insulinbehandlad diabetes med ordination av långtidsverkande insulin fick under en veckas tid istället ett korttidsverkande insulin som kvinnan hade ordinerat vid behov. Då personalen en morgon skulle administrera insulinet hade insulinpennan med långtidsverkande insulin tagit slut. I samband att personalen skulle ta fram en ny insulinpenna tog man istället fram pennan med det korttidsverkande insulinet. Denna insulinpenna låg mest synlig i kylskåpet. Kvinnan injicerades med korttidsverkande insulin ytterligare två dagar. På tredje dagen noterades att kvinnan inte mådde bra. Blodglukos togs var ok och ingen vidare åtgärd vidtogs. Kvinnan fick korttidsverkande insulin ytterligare två dagar. På femte dagens morgon noteras återigen att kvinnan mår dåligt. Sjuksköterska kontaktas som ber omvårdnadspersonalen att ta blodglukos. Dock har ingen av dem kunskap att göra detta och blodglukos tas först under eftermiddagen men även det värdet är ok. Kvinnan framför en önskan till sjuksköterskan att hon vill byta insulinregi och få insulin två gånger per dag vilket noteras i journalen för vidare åtgärd av tjänstgörande sjuksköterska kommande vardag. Även de två kommande dagarna får kvinnan fel insulin. Då sjuksköterskan ska åtgärda kvinnans önskan om ändrad insulinregi uppmärksammas felet. Läkare kontaktas. Blodglukos tas som visar normalt värde. Kvinnan mår under omständigheterna bra och får inga men av det inträffade.

Fall

Ett annat riskområde inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg är fallskador. Konsekvenserna av en äldre individs fall är ofta allvarliga och kan ge upphov till lång rehabilitering innan personen är helt återställd. Vissa blir aldrig helt återställda. Fallskador är därför ett säkerhetsproblem som bör tas på största allvar. Alla fall som inträffar ska rapporteras som en avvikelse eller fallrapport samt analyseras för att identifiera ett eventuellt fallmönster. Om det finns en fall- eller avvikelserapport ska fallet även dokumenteras i den enskilde individens journal eller akt.

FAKTARUTA

I Sverige vårdas över 70 000 personer årligen på sjukhus för att de fallit och cirka 18 000 av dessa ådrar sig en höftfraktur (32). De flesta som faller är äldre och har ofta flera kroniska sjukdomar och handikapp. Kostnaden för fallskador för samhället är nästan fem miljarder kronor (33).

Orsaker till fall

Orsaken till att en individ faller kan vara:

- › Yttre faktorer som exempelvis trösklar, mattor, otillräcklig belysning
- › Inre faktorer som exempelvis oro, yrsel, förvirringstillstånd,
- › Gång och balanssvårigheter
- › Somatiska orsaker som exempelvis muskelsvaghet, nedsatt syn, hjärt-kärlsjukdom, artros
- › Läkemedelspåverkan
- › Rädsla för att ramla

Åtgärder för att förhindra fall

Ett systematiskt och preventivt fallriskarbete bör finnas inom varje verksamhet. Det finns en rad fallpreventiva åtgärder som kan vidtas för att minska risken för fall.

- › Fallriskbedömningar bör göras på alla individer över 65 år. Bedömningen utförs vid första kontakten med den enskilde individen och bör sedan uppdateras med regelbundenhet. I ett fallpreventivt arbete är det av stor vikt att hela teamet runt den enskilde individen involveras i en samlad riskbedömning. Den enklaste formen av fallriskbedömning är att fråga sig:

”Har personen fallit under det senaste året?”

”Kan denna person komma att falla och skada sig om vi inte vidtar några förebyggande åtgärder?”

Om svaret är ja på båda frågorna, kan man anta att individen har en fallrisk och förebyggande åtgärder bör snarast sättas in. För att få en effektiv process kring fallprevention kan denna enkla form av fallriskbedömning utföras redan vid av de första kontakterna av biståndshandläggare som i sin tur kan signalera att en mer avancerad fallriskbedömning och riskinventering krävs. I bilaga 3 återfinns en

checklista som användas i fallpreventivt arbete. I Sverige är Downton Fall Risk Index (DFRI) det mest använda instrumentet för fallriskbedömning. Fallriskbedömning ingår som en del i kvalitetsregistret Senior Alert (Läs mer om Senior Alert i avsnittet om nationella kvalitetsregister).

- › Alla medarbetare bör erbjudas regelbunden utbildning i fallrisk- och fallskadeprevention
- › Arbeta förebyggande med att eliminera orsaker till att en individ kan falla genom att se över belysning, sladdar, mattor, trösklar
- › Informera och sprid kunskap om preventivt fallriskarbete till såväl den enskilde individen, närstående som olika brukarorganisationer
- › I några kommuner har riskinventeringar via uppsökande verksamhet i den enskilde individens hem prövats.

SKL har i sin nationella satsning på patientsäkerhet prioriterat området med fallskador och bland annat tagit fram en broschyr kring fallriskbedömning, åtgärder och uppföljning. Läs mer på www.skl.se/patientsakerhet.

Flera landsting och kommuner har utarbetat vårdprogram kring fallprevention. Ett exempel på detta är Stockholm läns landstings TUFF-satsning. Läs mer på www.vardsamordning.sll.se

Patientfall

En 78-årig kvinna, som bor på ett särskilt boende, larmar på natten vid 03.00. När personalen kommer in upptäcks att kvinnan har ramlat och hon får hjälp upp. Hon har ont på vänster sida på bröstkorgen. Personalen kontaktar nattsjuksköterskan som via telefon ordinerar två tabletter Panodil. Sjuksköterskan gör sin bedömning efter samtal med båda de anställda men dokumenterar inte sin bedömning eller ordination. Kvinnan har mycket ont, främst vid rörelse, och personalen tar återigen kontakt med sjuksköterskan kl. 06.00. Denna gör då en bedömning på plats genom att palpera bröstkorgen och ordinerar ytterligare två Panodil. Detta dokumenteras i journalen tillsammans med bedömningen. När tjänstgörande dagsjuksköterska har kommit i tjänst informeras hon av personalen, och hon gör en ny medicinsk bedömning. Hon kontaktar en läkare som ordinerar en injektion morfin. Remiss till röntgen skrivs och ambulans beställs. Röntgen visade ett flertal revbensfrakturer. Kvinnan får ligga kvar för observation på sjukhuset och avlider dagen därpå.

Trycksår

Trycksår definieras som en skada av huden och underliggande vävnad, orsakad av tryck eller skjuv eller en kombination av dessa. Skjuv är en förskjutning av vävnadslagren i förhållande till varandra. Trycksår går att undvika. Trycksår orsakar fysiskt lidande och ett ökat behandlingsbehov. Trycksår ska därför ses som en vårdskada och alltid registreras som en avvikelse.

De flesta trycksår kan förebyggas genom att individer i riskzonen identifieras tidigt och förebyggande riktade omvårdnadsåtgärder snabbt sätts in. Alla inom den hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen har ett ansvar för att medverka i arbetet med att identifiera individer med stor risk för trycksår och medverka vid trycksårsprofylax och behandling. Att förebygga trycksår är ingen enmansuppgift. För att lyckas krävs vårdteamets samlade kompetens, och där så är möjligt ska den enskilde individen och dennes närstående självklart medverka.

Ett enkelt sätt att identifiera patienter med ökad risk för trycksår är att ställa sig två frågor:

Löper individen risk för att få trycksår om inga förebyggande åtgärder sätts in?

Finns det risk för att individen blir liggande eller sittande i samma position större delen av dygnet, t.ex. på grund av försämrat hälsotillstånd eller för att hon eller han är rullstolsburen eller sängliggande?

Om svaret blir ”ja” på någon av frågorna: sätt in åtgärder!

FAKTARUTA

Flera studier, såväl svenska som internationella, visar att det är vanligt att enskilda individer drabbas av trycksår vid vård på sjukhus och i boenden. Inom äldreboenden är det drygt 20 procent (34-36). Trycksår kostar pengar. Landstinget i Jönköping har uppskattat att behandlingen av trycksår kostar 53 miljoner kronor årligen. I en svensk studie, där äldreboende och slutenvård har ingått, redovisas en förekomst av trycksår på mellan 20 och 24 procent (37).

Orsaker till trycksår

De vanligaste orsakerna till trycksår är:

- › försämrade möjligheter för den enskilde individen att själv ändra läge i sittande och liggande ställning ofta i kombination med olika sjukdomstillstånd, till exempel förlamningar och höftfrakturer
- › tryck, skjuv och friktion från kläder, sängkläder och underlag
- › en lång tids liggande eller sittande på en icke tryckavlastande madrass eller sittdyna
- › felaktigt använd förflyttningsteknik och felaktigt använda förflyttningshjälpmedel
- › försämrat näringsstatus
- › smärtstillande medel eller sömnmedel som ger en förändrad vakenhetsgrad och därför kan innebära att individen inte reagerar i tid på ökat tryck från någon kroppsdel

Åtgärder för att förhindra trycksår

Det finns flera åtgärder som kan vidtas i ett preventivt syfte.

- › Riskbedömning bör göras på alla individer över 70 år liksom på alla som är sängliggande, rullstolsburna eller sittande stora delar av dagen. Riskbedömningen bör uppdateras om individens hälsotillstånd förändras.
- › Olika riskbedömningsinstrument kan användas. I Sverige används mest den så kallade Norton-skalan, som även finns i kvalitetsregistret Senior Alert (se avsnittet Nationella kvalitetsregister för kommunal hälso- och sjukvård).
- › Inspektera regelbundet huden och ta reda på hur individens olika tryckpunkter (exempelvis benuskott) utsätts för tryck, skjuv och friktion vid sittande och liggande ställning.
- › Bedöm underlagets (sittdynor och madrasser) tryckavlastande förmåga.
- › Om individen av något skäl inte själv kan göra lägesförändringar måste personalen hjälpa till med detta enligt ett regelbundet schema.
- › Upprätta en vårdplan där det klart och tydligt framgår om och hur lägesförändringar för den enskilde individen ska göras.
- › Använd rätt förflyttningsteknik och rätt utprovade förflyttningshjälpmedel.

- › Följ upp individens nutritionsstatus genom att mäta kalori- och vätskeintag och uppmärksamma ofrivillig viktnedgång och åstörning.
- › Informera den enskilde individen och dennes närstående om vilka förebyggande åtgärder som de kan vidta.
- › Utbilda personalen i trycksårsprevention, riskbedömning och förflyttningsteknik.

SKL har i sin nationella satsning på patientsäkerhet prioriterat området med trycksår och bland annat tagit fram en broschyr om trycksårsprofylax, åtgärder och uppföljning. Läs mer om detta på SKLs webbplats www.skl.se.

Flera landsting och kommuner har utarbetat vårdprogram kring trycksårsprofylax. Ett exempel på detta är Stockholms läns landstings TUFF-satsning. Läs mer på www.vardsamordning.sll.se/sv/TUFF-satsning/.

Infektioner och smittspridning

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och smittspridning är ett växande riskområde såväl inom landstingens sjukvård som inom den hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Det är väl känt att vårdrelaterade infektioner är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Med VRI menas varje infektionstillstånd som drabbar en individ till följd av vård, undersökning eller behandling, oavsett om det sjukdomsalstrande ämnet tillförs i samband med vården eller härrör från den enskilde individen själv och oavsett om infektionstillståndet uppstår under eller efter ett vårdtillfälle. VRI kan således uppkomma såväl inom den kommunala hälso- och sjukvården som inom den kommunala omsorgen. Trots att det saknas statistik på hur vanliga vårdrelaterade infektioner och smittspridning är inom den kommunala vården och omsorgen är problemet väl känt. Vårdrelaterade infektioner kan även drabba personal som i sin tur kan sprida dem vidare. En vårdrelaterad infektion ska betraktas som en avvikelse och ska rapporteras i verksamhetens avvikelshanteringssystem.

FAKTARUTA

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är ett omfattande problem med stora konsekvenser för sjukvård och samhälle. VRI innebär ett lidande för de drabbade och ökade kostnader för samhället. I Sverige beräknas kostnaden för VRI uppgå till fyra miljarder kronor per år (38). Vid en mätning på landets sjukhus under hösten 2010 uppgick andelen inneliggande patienter med VRI till 9,4 procent. Observationsstudier genomfördes nationellt för första gången hösten 2010 för att mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i både kommuner och landsting.

Orsaker till smittspridning

Smittspridning av bakterier och i synnerhet multi-resistenta bakterier är ett allvarligt hot. Den främsta orsaken till smittspridningen och därmed till uppkomsten av vårdrelaterade infektioner är medarbetare som på händer och kläder bär med sig mikroorganismer från en individ till en annan. Detta upptäcktes redan i mitten av 1800-talet av den österrikiske läkaren Ignaz Semmelweiss. Han bevisade att det gick att minska dödligheten i barnsängsfeber genom att läkare och barnmorskor tvättade händerna med klorerad kalk mellan de födande kvinnorna.

Åtgärder för att minska smittspridning

Det finns flera åtgärder som kan vidtas för att minska smittspridningen:

- › God följsamhet till hygienregler kan avsevärt reducera antalet infektioner och smittspridning. Basala hygienrutiner och klädregler ska efterföljas.
- › Kontaktsmitta är den vanligaste smittvägen och händerna ska därför desinfekteras före och efter alla vård-, omvårdnads- och undersökningsmoment.
- › Observationer kan göras för att få en uppfattning om det finns problem med de basala hygienrutinerna på arbetsplatsen. Detta innebär en enkel kontroll för hur stor följsamheten är till de basala hygienrutinerna och klädreglerna. SKL har en databas som bygger på uppgifter i protokollet. Läs mera www.skl.se/patientsakerhet. Som bilaga 4 i denna handbok finns ett protokoll som kan användas för manuella observationer.

- › Hygienronder kan också användas för att förbättra den vårdhygieniska kvaliteten på enheten. En hygienrond är ett strukturerat sätt att identifiera eventuella brister, det vill säga faktorer som ökar risken för vårdrelaterade infektioner hos enskilda individer och personalen med förslag till förbättringsåtgärder. Efter en genomförd hygienrond skrivs ett protokoll som blir enhetens instrument eller underlag för uppföljning och förbättringsarbete. Läs mer på Svensk Förening för Vårdhygiens webbplats www.sfvh.se där det även finns ett specifikt protokoll för vårdhygienisk standard i särskilda boendeformer.

Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling

Fördröjd, utebliven eller felaktig behandling är ytterligare ett riskområde inom vården och omsorgen. Hur omfattande denna risk är finns inga direkta mätningar på. Exempel på avvikelser är uteblivna eller försenade insatser, utebliven, felaktig eller försenad undersökning, behandling eller vård.

Orsaker till fördröjd vård

Fördröjd vård och behandling kan ha många orsaker:

- › bristande kunskaper hos personalen för att kunna bedöma och avgöra en enskild individs behov av akuta åtgärder
- › bristande kommunikation eller olika tolkningar mellan såväl olika yrkeskategorier som mellan den enskilda individen och personalen
- › bristande dokumentation eller vårdplanering
- › bristande rutiner för hur och när sjuksköterska, läkare eller ambulans ska tillkallas
- › bristande samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare och vårdnivåer

Patientfall

På ett äldreboende i en kommun hade magsjuka börjat spridas bland vårdtagarna. En morgon fick en boende svårt att andas i samband med att hon kräktes. Den boende hade en obstruktiv lungsjukdom som hon själv tog sina inhalationer mot. Personalen på äldreboendet kontaktade sjuksköterska 1. Hon uppfattade att kvinnans tillstånd berodde på hennes magsjuka och gav per telefon råd om tillförsel av vätska och näring. På eftermiddagen blev sjuksköterska 1 avlöst av sjuksköterska 2. Sjuksköterska 1 berättade i sin rapport att det gick magsjuka på boendet, men rapporterade inget specifikt om kvinnans tillstånd. Strax efter rapporten blev sjuksköterska 2 uppringd av personalen på boendet som berättade att kvinnan hade kräkningar och diarréer och dessutom svårt med andningen. Sjuksköterskan frågade om kvinnan kunde ha satt i halsen och uppmanade personalen att höja huvudändan för att minska risken att kvinnan skulle få ner vätska i luftstrupen om hon kräktes igen. Därefter begav sig sjuksköterska 2 på ett besök till ett annat äldreboende för att undersöka en individ som fallit. Senare på eftermiddagen rapporterade sjuksköterska 2 över till sjuksköterska 3 men nämnde inget om kvinnan. Någon timme senare blev sjuksköterska 3 uppringd av personalen på boendet som berättade att kvinnan mädde mycket dåligt och hade svårt att andas. Sjuksköterskan svarade att hon skulle komma så fort hon kunde. Efter en halvtimme ringde personalen igen och meddelade att kvinnan blivit ännu sämre. Strax därefter kom sjuksköterskan till äldreboendet. När hon såg hur dålig kvinnan var försökte hon flera gånger per telefon nå hemsjukvårdens jourläkare för att få ordination på ett läkemedel mot astma, men utan att lyckas. Hon fick efter en stund i stället kontakt med en läkare på sjukhusets akutmottagning, som ordinerade injektion av Betapred. Sjuksköterskan påbörjade injektionen och tillkallade ambulans, men kvinnan avled innan ambulansen kom. Kvinnan hade avlidit av syrebrist och cirkulationssvikt efter det att hennes tillstånd hade försämrats. Anledningen visade sig vara att kvinnan hade blivit matt och trött av magsjukan och inte kunnat ta sina inhalationer och därför blivit alltmer försämrad i sin andning och till sist dött av syrebrist och cirkulationssvikt.

Åtgärder för att förhindra fördröjd vård

Det finns ett antal åtgärder som kan vidtas för att minska risken för fördröjd vård och behandling:

- › Gör en översyn av arbetsorganisationen och arbetsområden så att kompetens och bemanning är lämplig och tillräcklig för de arbetsuppgifter som ska utföras.
- › Upprätta vårdplaner där det tydligt framgår aktuella omvårdnadsbehov, riktlinjer och vad som ska göras om individen blir plötsligt försämrad, exempelvis lämplig akut läkemedelsbehandling. Vårdplanerna ska vara lättillgängliga och uppdateras regelbundet

- › Utveckla säkra rutiner för informationsöverföring av den enskilde individens hälsotillstånd och vårdbehov, till exempel dagliga rutiner för rapportering, dokumentation och regelbundna teamkonferenser.
- › Utveckla stöd för sjuksköterskorna att bedöma prioritering och omhändertagande av enskilda individer med akuta tillstånd. Utveckla även stöd till omvårdnadspersonalen för att omhänderta vårdtagare som bli akut sämre.
- › Utveckla introduktionsprogram för nyanställda
- › Utarbeta rutiner för att snabbt kunna tillkalla läkare under jourtid.

Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter är ett annat riskområde inom vården och omsorgen. Hur omfattande denna risk är finns det dock inga direkta mätningar på. Exempel på avvikelser är felaktig hantering av produkterna, bristande underhåll eller uppföljning och produktfel. Vanliga medicintekniska produkter är olika typer av överflyttningshjälpmedel, rollatorer, rullstolar, tryckavlastande dynor och madrasser, personlyftar och duschstolar. En del av dessa förskrivs till enskilda individer. Andra utgör grundutrustning och arbetstekniska hjälpmedel som kan användas av flera individer inom särskilda boendeformer. En förutsättning för en god och säker vård är att alla dessa produkter används på de sätt de är avsedda för.

Orsaker till avvikelser

Avvikelser i samband med medicintekniska produkter kan ha många orsaker bland annat:

- › bristande kunskaper hos den enskilde, närstående eller personal om användningen av produkten
- › bristande instruktioner för att använda och hantera produkten
- › bristande dokumentation om hur produkten hanteras och används
- › bristande rutiner för hur och när en arbetsterapeut, sjukgymnast eller sjuksköterska ska tillkallas

Patientfall

En kvinna på ett särskilt boende var sedan många år halvsidigt förlamad på grund av stroke. Hon var rullstolsburen och hade en rullstol av äldre modell som skulle bytas till en nyare. För att möjliggöra mobilisering och aktivering hade kvinnan också ett bälte i rullstolen. Men när rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeut och sjukgymnast) provade ut en ny rullstol beställde de inget nytt bälte. Efter en tid började kvinnan använda den nya rullstolen. Det tidigare använda bältet flyttades över till den nya rullstolen. Vid ett tillfälle gled kvinnan ner i rullstolen och höll på att kvävas av bältet. Vårdpersonalen upptäckte dock vad som höll på att hända och kunde lyfta upp henne igen. Ett par dagar senare inträffade en liknande händelse. Kvinnan gled på nytt ner i rullstolen och fastnade i bältet så att hon kvävdes innan vårdpersonalen hann upptäcka det inträffade.

Åtgärder för att förhindra avvikelser

Här följer några åtgärder som minskar risken för avvikelser vid användning av medicintekniska produkter:

- › Se över arbetsorganisationen och ansvarsområdena och se till att kompetenskraven för och ansvarsfördelningen mellan chefer, förskrivare och övriga medarbetare är tydligt formulerade.
- › Utveckla säkra rutiner för informationsöverföring av hantering och användning av medicintekniska produkter.
- › Utveckla introduktionsprogram för nyanställda medarbetare som säkerställer deras kompetens vad gäller hantering och användning av medicintekniska produkter.
- › Utveckla kompetensen hos arbetsterapeuter och sjukgymnaster eller sjuksköterskor i fråga om förskrivningsprocessens olika steg.
- › Utarbeta rutiner för när och hur en förskrivare av medicintekniska produkter ska kontaktas.

Omhändertagande vid allvarlig händelse

När det har inträffat en händelse som har eller kunde ha skadat en individ så är det av största vikt att de som varit inblandade tas omhand. Oavsett om det är en enskild individ som har drabbats eller en medarbetare som varit inblandad ska organisationen ha en handlingsplan som beskriver hur ett riktigt omhändertagande ska göras. Huvudansvaret för omhändertagandet ligger hos verksamhetschefen eller motsvarande.

Omhändertagande av en enskild individ och närstående

En enskild individ som har skadats eller har varit nära att skadas har rätt till ett bra omhändertagande. I första hand gäller att behandla eller ta hand om eventuella fysiska och psykiska konsekvenser av händelsen. I andra hand gäller att informera individen och/eller dennes närstående och förklara vad som hänt, eventuellt be om ursäkt, och berätta vad som kommer att hända härnäst. Att informera och förklara måste få ta den tid som den enskilde behöver för att förstå. Det är viktigt att efter samtalet ställa kontrollfrågor till den enskilde individen eller hans eller hennes närstående för att få en uppfattning om hur de har tagit till sig och förstått informationen. Om det behövs ska den enskilde och/eller närstående erbjudas stöd via kurator, anhörigstöd eller motsvarande. Den enskilde och dennes närstående ska också informeras om en eventuell Lex Maria-anmälan och Lex Sarah-anmälan.

Omhändertagande av medarbetare

Att vara direkt eller indirekt delaktig i en händelse där en individ har skadats eller kunnat skadas är

obehagligt och traumatiskt. Ingen vill avsiktligt skada en annan individ, så när detta sker mår medarbetaren oftast dåligt och behöver stöd. Vid mycket allvarliga händelser är det viktigt att hela teamet får möjlighet till att samlas och diskutera det inträffade. Den enskilde medarbetaren behöver få tid att förklara vad som har hänt men även att få uttrycka hur han eller hon känner sig och få information om hur den fortsatta processen ser ut, både för den drabbade individen och för medarbetaren själv. Om händelsen kan komma att leda till en Lex Maria- eller Lex Sarah-anmälan är det särskilt viktigt att den fortsatta processen beskrivs noggrant för den inblandade, inte minst med tanke på eventuell massmedial uppmärksamhet. En medarbetare ska också kunna erbjudas stöd utanför den egna organisationen exempelvis via företagshälsovården. Även den person som har anmält händelsen, men kanske inte själv har varit inblandad, mår oftast dåligt och behöver stöd. Målet med ett omhändertagande är att de inblandade ska komma igenom perioden med bibehållen självtillit och yrkesidentitet. För att detta ska åstadkommas måste arbetsledning och arbetsplats präglas av öppenhet, förståelse och empati.





Verktyg och metoder för rapportering och analys

Rapportering av händelser

En av hörnpelarna i arbetet med att förbättra verksamhetens kvalitet och säkerhet är att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda, återföra och utvärdera avvikelser (negativa händelser och tillbud) såväl som risker samt återföra resultat till medarbetare. Med en fungerande avvikelse- och riskhantering ökar hela organisationens säkerhetsmedvetande och lärande genom att den egna verksamhetens risker fortlöpande följs upp och förebyggande åtgärder sätts in. En avvikelserapport kan hanteras i det lokala avvikelshanteringssystemet men kan också ligga till grund för en Lex Maria- eller Lex Sarah-anmälan. Rapporteringen syftar aldrig till att leta efter syndabockar, utan till att förbättra verksamheten och kvaliteten för varje enskild individ.

Avvikelsehantering

En avvikelse är något som inte överensstämmer med normala rutiner eller enskild individs vårdförlopp. Det kan exempelvis vara avsteg från hygienregler, att läkemedel inte har getts på rätt tidpunkt eller till rätt person eller att omvårdnaden har brustit så

att trycksår har kunnat uppstå. I varje verksamhet förekommer även risker, det vill säga förhållanden som kan leda till att en avvikelse inträffar (tabell 1). Avvikelser delas in i negativa händelser och tillbud. Negativa händelser leder till en konsekvens. Ett tillbud är en avvikelse som inte får någon konsekvens. En risk å andra sidan kan exempelvis vara lokaler som inte möjliggör tillräcklig tillsyn av enskilda individer, otillräcklig utbildning, otillräcklig kompetens eller otydliga rutiner. En avvikelse eller risk ska alltid rapporteras av den som har bidragit till eller medverkat i händelsen eller som har upptäckt att avvikelsen har inträffat.

Avvikelser kan ibland vara svåra att upptäcka eftersom de som utsätts för dem inte alltid har förmåga, mod eller ork att berätta vad som har inträffat. En del kanske inte berättar på grund av rädsla eller för att de tror att de inte kommer att uppfattas som trovärdiga. Medarbetare, som blir vittne till eller misstänker att en arbetskamrat har begått ett misstag eller utsätter en person för övergrepp, vill kanske inte berätta på grund av solidaritet med arbetskamraten.

För att våga rapportera är det viktigt att alla medarbetare känner sig trygga med avvikelshantering-

en och dess syfte. De ska utan tvekan rapportera händelser som berör deras egna eller kollegernas agerande i förhållande till en enskild individ.

Råd till dig som ska rapportera en avvikelse

- › Om du är med om en händelse, skriv direkt ner några korta stödord och notera tidpunkter. När du sedan skriver avvikelserapporten kan du använda anteckningarna som underlag.
- › Fokusera på att beskriva vad som hände och spekulera inte i om någon gjorde fel. Om ni är flera som har varit med om en händelse kan ni skriva en avvikelserapport tillsammans.
- › Beskriv händelsen så detaljerat som möjligt. Ju mer detaljerad din beskrivning är desto mer underlättar du analysen av avvikelserna. Ange gärna eventuella orsaker till händelsen. Om du har några förslag på vad som kan göras för att den inte ska inträffa igen så beskriv även det.
- › Om det har inträffat något allvarligt, ta då efter det akuta omhändertagandet snabbt personlig kontakt med din närmaste chef och beskriv händelsen.
- › Du har rätt att få återkoppling på din rapporterade avvikelserapport. Fråga din chef vad som hände om du inte har fått återkoppling inom rimlig tid.

De olika stegen i avvikelshantering

För att få en så bra avvikelshanteringsprocess som möjligt kan de olika stegen kanske vara till hjälp. Utifrån dessa steg kan enheten skapa en rutinbeskrivning med de egna lokala rutinerna.

FIGUR 1. Vad ska diskuteras och beskrivas?

Steg 1. Identifiera

Diskutera och beskriv:

- Vad arbetsgruppen anser vara avvikelser och risker. Detta steg är viktigt för att få samsyn inom arbetsgruppen.

Steg 2. Rapportera

Diskutera och beskriv:

- När det ska rapporteras (t.ex. i samband med avvikelserna)
- Hur rapporten ska göras (t.ex. på en pappersblankett, eller via datorn)

- Vem som rapporterar
- Vem som tar emot avvikelserapporterna

- Vem som tar emot synpunkter eller klagomål från enskilda individer eller närstående.
Diskutera och beskriv även hur enheten uppmuntrar arbetet med avvikelshantering och hur enhetens rutiner är för vidare rapportering av avvikelser som har upptäckts på den egna enheten men som ägs av en annan enhet, exempelvis primärvården.

Steg 3. Fastställa och åtgärda orsaker

Diskutera och beskriv:

- Vem som har ansvaret för analysen av avvikelserna
- Hur ofta och på vilket sätt risker och avvikelser analyseras
- Enhetens rutiner vid analys av avvikelser och risker där någon annan enhet är inblandad Hur enheten identifierar orsaker och åtgärdsförslag, exempelvis via risk- och händelseanalyser
- Hur enheten genomför beslutade åtgärder, exempelvis genom förbättringsprojekt
- Om det finns avsatt tid för arbetet med avvikelshantering på enheten

Steg 4. Utvärdera åtgärdernas effekt

Diskutera och beskriv:

- Hur enheten följer upp genomförda åtgärder för att verifiera att de har haft effekt

Verksamhetschefen eller motsvarande har ett övergripande ansvar för att det blir en uppföljning.

Steg 5. Sammanställa och återföra erfarenheter

För att få bästa möjliga nytta av avvikelshantering måste det finnas rutiner dels för sammanställning och presentation av enhetens risker och avvikelser, dels för hur återföringen görs både till dem som har rapporterat och till de övriga på enheten.

Diskutera och beskriv:

- Hur enheten statistiskt sammanställer och analyserar risker och avvikelser, till exempel över tid, i antal och i relation till varandra
- När, av vem och på vilket sätt information om risker och avvikelser återförs till den enskilda medarbetaren eller rapportören och övriga medarbetare
- Hur återföringen görs till den rapporterade enheten då en avvikelse har rapporterats från en annan enhet
- Hur enheten statistiskt sammanställer och analyserar synpunkter och klagomål från enskilda individer eller närstående
- När, av vem och på vilket sätt information om synpunkter och/eller klagomål återförs till den enskilda individen och/eller närstående

TABELL 1: Exempel på avvikelser

Område	Exempel
Arbetsrutiner	Brister i arbetsrutiner (avsaknad av eller felaktiga) som leder till brister i tillsyn eller vård eller omvårdnad. Bristande samverkan mellan olika enheter.
Bemötande	Bristande bemötande och respekt för individens självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet som klart avviker från grundläggande normer. Respektlöst uppträdande. Bristande lyhördhet för den enskilde individens önskemål och vanor.
Biståndshandläggning	Försenad, felaktig eller utebliven handläggning.
Brottslig handling	Stöld av pengar eller ägodelar. Utpressning och förskingring.
Dokumentation	Brister i eller avsaknad av HSL-, SOL- och/eller LSS-dokumentation. Brister i överrapportering (muntlig eller skriftlig).
Fallskador	Fall som har medfört risk för eller orsakat allvarlig skada eller sjukdom.
Information/Kommunikation	Bristande (otillräcklig eller felaktig) information till en enskild individ och/eller närstående. Bristande (otillräcklig eller vilseledande) instruktion eller information till personalen vid behandlande eller mottagande enhet. Bristande (otillräcklig eller felaktig) information eller instruktion till medarbetare. Bristande informationsöverföring till en verksamhet eller enhet.
Informationsöverföring	Brister i eller avsaknad av överrapportering (muntlig eller skriftlig). Det kan gälla till/från slutenvård till/från primärvård eller internt inom förvaltningen eller organisationen (t.ex. mellan handläggare, enhetschefer, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, rehab-personal och boendeassistenter).
Lokaler/Resurser	Bristande eller otillräckliga resurser, t.ex. kompetens, bemanning, lokaler eller utrustning, som kan medföra risk för att verksamheten inte bedrivs på ett säkert sätt.
Läkemedel/Hjälpmedel	Fel ordination eller förskrivning av läkemedel, inkontinenshjälpmedel och andra hjälpmedel. Felexpedieringar av läkemedel. Felleverans av inkontinenshjälpmedel och andra hjälpmedel. Fel vid iordningsställande av läkemedel. Fel läkemedelsdos. Förväxling av läkemedel eller läkemedelsdos. Utebliven läkemedelsdos. Felaktig användning och/eller underhåll av personligt förskrivna hjälpmedel. Felaktig användning och/eller underhåll av medicintekniska produkter eller annan teknisk utrustning.

Område	Exempel
Insats	Utebliven eller inte verkställd insats. Försenad insats.
Omvårdnad	Bristande personlig hygien. Bristande mathållning eller undernäring. Bristande tand- och munhygien. Brister i tillsyn och omsorg. Trycksår.
Våld och övergrepp	Fysiskt våld (t.ex. slag, nypningar och fasthållning). Psyiskt våld (t.ex. hot, trakasserier, skrämelse, tvång och kränkningar). Sexuella övergrepp. Våld mellan boenden (t.ex. fysiskt eller psykiskt våld enligt ovan).
Vård och behandling	Utebliven undersökning, behandling eller vård. Fördröjd behandling, undersökning eller vård. Felaktigt utförd undersökning, behandling eller vård.
Vårdrelaterade infektioner	Bristande basal hygien. Brister i sårvård eller katetervård.

Lex Maria och Lex Sarah

Bestämmelsen om anmälan enligt Lex Maria kom till år 1937 efter en händelse på dåvarande Maria sjukhus i Stockholm. Fyra patienter avled då de av misstag hade fått injektioner med desinfektionsmedel i stället för lokalbedövningsmedel.

Lex Sarah kom till som en effekt av missförhållanden på ett äldreboende i Solna i slutet av 1990-talet. Sarah var en undersköterska som uppmärksammade att det förekom vanvård på boendet. Hon kontaktade medierna eftersom chefer och politiker inte hade lyssnat när personalen hade påtalat problemen. Detta ledde till stor uppmärksamhet och blev anledning till Lex Sarah.

Syftet med Lex Maria är att personalen ska rapportera om en enskild individ har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård, det vill säga den vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En Lex Maria-anmälan görs för att få en objektiv utredning av Socialstyrelsen om omständigheterna till varför en allvarlig händelse har inträffat eller om det har uppstått risk för skada för en enskild individ.

Lex Sarah föreskriver att de som arbetar inom omsorgen om äldre eller med individer med funktionsnedsättningar har till uppgift att ge de äldre eller funktionshindrade en god omsorg under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar, får

kännedom om eller misstänker missförhållanden ska genast anmäla detta. Föreskriften avser all omsorg som ges enligt socialtjänstlagen (SOL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Om du vill veta mer:

Läs mer om Lex Maria: *SOSFS 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmäningsskyldighet enligt Lex Maria*

Läs mer om hanteringen av Lex Sarah i Socialstyrelsens handbok *Lex Sarah – tillämpning av 14 kap. 2§ SOL och 24 a§ LSS – Handbok för socialtjänsten*

Enskild anmälan

Om en enskild individ, närstående till denne, en eller flera anställda eller någon bland allmänheten uppfattar brister i hälso- och sjukvården, i den kommunala vården och omsorgen eller inom socialtjänsten kan denne göra en enskild anmälan till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen tar ställning till om anmälan ska föranleda ett tillsynsärende. Socialstyrelsen kan bland annat begära in handlingar som klargör vad som har hänt. De kan också inspektera verksamheten, såväl föranmält som oanmält.

En enskild individ kan också göra en anmälan till patientnämnd, förtroendenämnd eller socialnämnd. Dessa arbetar främst med frågor som rör bemötande och omvårdnad och tar inte ställning i någon skuldfråga.

Analysmetoder

För att systematiskt analysera inträffade avvikelser och iakttagna risker krävs strukturerade metoder. I detta avsnitt ges en övergripande beskrivning av metoderna för analys av risker och för analys av allvarliga avvikelser. Båda metoderna beskrivs mer detaljerat i en särskild handbok, *Risikanalyser och Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* (3) som finns att beställa eller ladda ner på www.skl.se/publikationer.

Risikanalyser

Risikanalyser används för att identifiera risker i en verksamhet. Till skillnad från händelseanalys som gäller redan inträffade avvikelser används risikanalys proaktivt, det vill säga innan något har inträffat. Att göra en risikanalys stärker medarbetarnas och organisationens riskmedvetande, det vill säga att tänka efter före. En risikanalys behöver inte vara omfattande utan kan göras på mindre arbetsmoment och processer. Det kan vara en fördel att göra flera mindre analyser inom ett område än att göra en stor.

En risikanalys görs av ett analysteam. Antalet medlemmar i teamet kan variera men de bör representera ett urval av de kunskaps- och ansvarsområden som berörs av analysen. Normalt består ett analysteam av 3–8 deltagare. För få deltagare kan innebära att riskerna inte blir belysta från alla håll och för många deltagare kan medföra att tiden inte räcker till eller att alla inte kommer till tals.

Risikanalyser kan göras på olika nivåer:

- › i en pågående arbetsprocess (det som händer dagligen, t.ex. läkemedelshantering)
- › inför förändring (exempelvis inför sommarneddragning)
- › som övergripande organisationsanalys (exempelvis vid byte av verksamhetsinriktning)

Den generella arbetsgången vid en risikanalys är att:

- › initiera analysen
- › utarbeta en processbeskrivning
- › identifiera risker
- › bedöma riskens storlek
- › identifiera bakomliggande orsaker
- › utarbeta åtgärdsförslag och metod för uppföljning
- › utarbeta slutrapport
- › besluta om åtgärder, tidplan för åtgärderna och uppföljning

Utarbeta processbeskrivning

Det är viktigt att tydligt avgränsa processen som ska riskanalyseras. Processbeskrivningen ska specifikt och tydligt definiera var analysen startar och var den slutar. Processen beskrivs med hjälp av en grafisk figur som kan vara mer eller mindre detaljerad och omfatta en eller flera nivåer (se bilaga 6 – processbeskrivning ApoDos-process).

Processbeskrivningen ska innehålla:

- › identifiering av processen (huvudprocess, delprocesser och aktiviteter)
- › en tydlig avgränsning med början och slut

Identifiera riskerna

Detta steg kan genomföras som ett idémöte, där man lyfter fram alla risker som över huvud taget tänkas kan. Ingen värdering läggs på de olika förslagen.

Utvärdera risker

Att utvärdera en risk innebär att bedöma sannolikheten för att den ska uppstå och hur stor konsekvensen blir om risken blir verklighet. Utvärderingen görs enligt en 4 x 4 matris där den högsta siffran är 16 (katastrofal/mycket stor risk) och den lägsta 1 (mindre/mycket liten risk). Se tabell 2. I bilaga 5 finns ett exempel på en sannolikhets- och konsekvensmatris modifierad för en kommun.

TABELL 2: Riskmatris för bedömning av en risks sannolikhet och konsekvens.

	ALLVARLIGHETSGRAD			
	Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
SANNOLIKHET				
Mycket stor (4)	16	12	8	4
Stor (3)	12	9	6	3
Liten (2)	8	6	4	2
Mycket liten (1)	4	3	2	1

Källa: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA

Analysera resultat

När riskerna är utvärderade görs en analys av de risker som har fått högst riskpoäng. Analysen syftar till att identifiera mönster för att avgöra var det gör mest nytta att exempelvis införa nya rutiner, tekniska lösningar, utbildning eller information eller förändra arbetsmiljön.

Höga riskpoäng betyder att det behövs en handlingsplan för att minska sannolikheten för att något inträffar.

Händelseanalys

När en enskild individ skadas allvarligt eller riskerar att skadas är det viktigt att gå igenom och analysera vad som har hänt. Med hjälp av en händelseanalys går det att på ett överskådligt och tydligt sätt förstå vad som har hänt och vilka olika orsaker som ligger bakom händelsen. I en händelseanalys identifierar ett analysteam på 3–5 personer vilka de mest effektiva åtgärderna är som kan undanröja de bakomliggande orsakerna, så att liknande händelser inte inträffar igen. Analysteamet kan exempelvis vara en avvikelsegrupp, om det finns en sådan vid enheten.

Syftet med en händelseanalys är att identifiera vilka brister och systemfel i organisationen, t.ex. inom kommunikation, samarbete, rutiner och utrustning, som har gjort händelsen möjlig. Händelseanalysen ska starta så fort som möjligt, helst inom

två eller högst fyra veckor efter det att händelsen har inträffat, eftersom minnet blir sämre ju längre tiden går.

Händelseanalysen ska ge svar på följande frågor:

- › Vad har hänt?
- › Varför har det hänt?
- › Hur gör vi för att det inte ska upprepas?
- › Den generella gången vid en händelseanalys är följande.
- › En analys initieras, det vill säga en arbetsledare ger i uppdrag att analysen ska göras.
- › Data samlas in om vad som har hänt.
- › Händelseförloppet beskrivs i en händelsekedja.
- › Bakomliggande orsaker identifieras genom att fråga sig Varför.....som besvaras med Därför att.....
- › Förslag till åtgärder som förhindrar att händelsen upprepas tas fram.
- › En slutrapport skapas.
- › Verksamhetschefen eller motsvarande beslutar vilka åtgärder som ska vidtas och hur de ska följas upp.



Beskriv händelseförloppet

Beskriv alla delhändelser och aktiviteter som är av betydelse för händelseutvecklingen från början till slut. Händelseförloppet beskrivs i ett händelsediagram (se exempel i Figur 2) där händelserna placeras längs en tidsskala och streck dras mellan dem i den ordning de har inträffat. På så sätt skapas en händelsekedja.

Identifiera bakomliggande orsaker

När händelseförloppet är känt måste analysteamet anta ett "helikopterperspektiv" för att upptäcka möjliga orsaker som kan besvara frågan: Hur kunde detta hända? Här är det viktigt att inte diskutera vem som har gjort vad. För att hitta de bakomliggande orsakerna till händelsen ska varje delhändelse

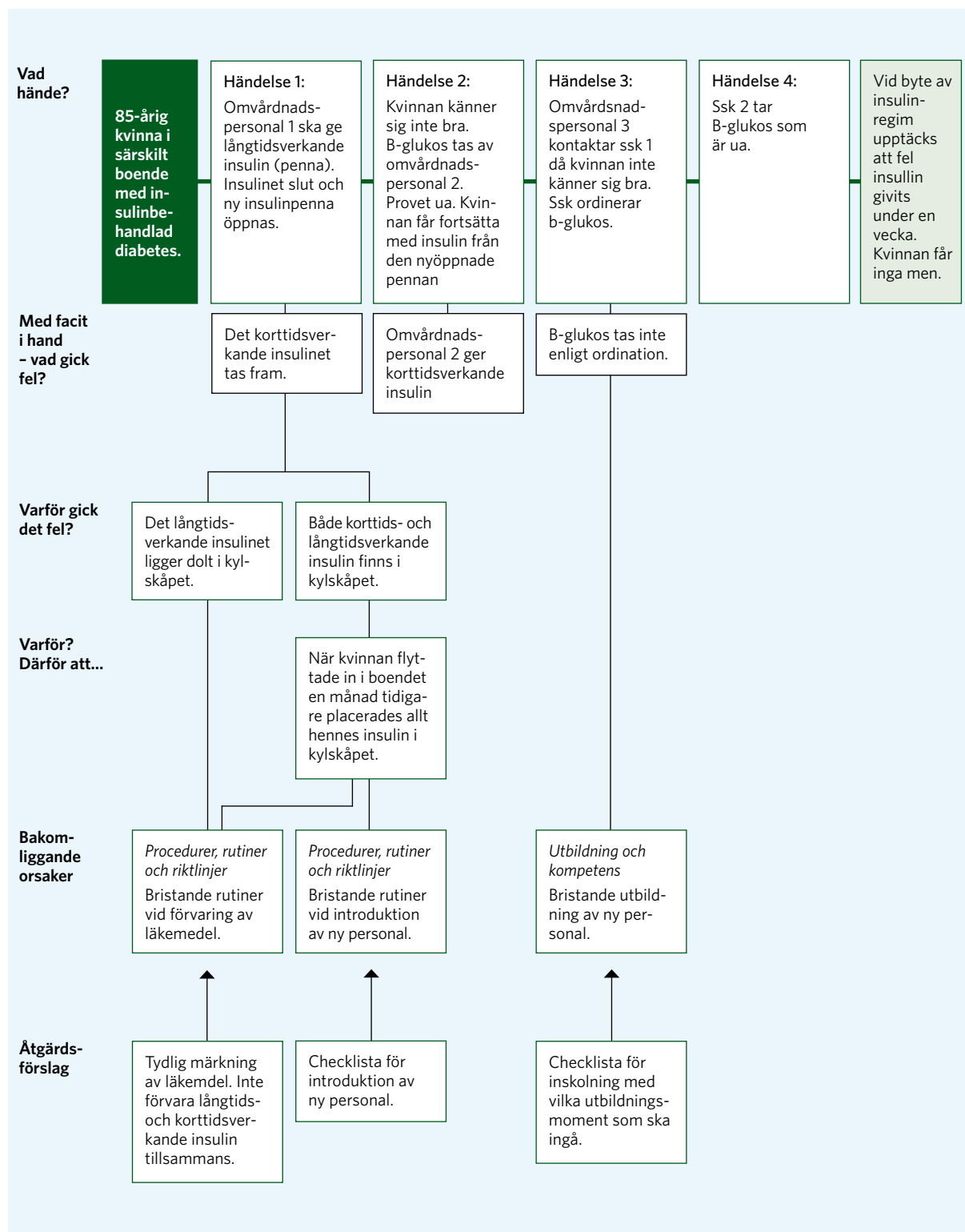
eller aktivitet analyseras genom att teamet ställer följdfrågan: Varför? ... och får ett svar: Därför att ... För varje fråga och svar ställs en ny fråga till dess att ämnet känns uttömt. På så sätt kan systemfel, som ofta är de bakomliggande orsakerna, upptäckas.

Åtgärdsförslag

Förslagen till åtgärder ska rikta sig mot de bakomliggande orsakerna. Om de åtgärdas förhindras eller minskar risken att händelsen inträffar igen. Förslagen ska vara konkreta, realistiska och möjliga att införa inom rimliga tidsramar. De ska dokumenteras med förslag på ansvarig och när åtgärden bör vara klar. Förslag till åtgärder som inte kan utföras inom den egna verksamheten ska dokumenteras och överlämnas till den som har tagit initiativ till analysen.

FIGUR 2: Exempel på en händelsekedja där fel insulin givits.

Händelsekedjan beskriver patientfallet som återfinns under kapitlet Riskområden/Läkemedel



På Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se finns en bank av exempel på hur händelseanalyser kan se ut inom olika områden i hälso- och sjukvården och i den kommunala omsorgen.

Förbättringsarbete

Ett systematiskt säkerhetsarbete innebär att arbetet ska vara långsiktigt och förebyggande och präglas av ständiga förbättringar. Vid arbetet med ständiga förbättringar är det viktigt att problemen angrips systematiskt och noggrant. Det finns ett flertal modeller för förbättringsarbete men den som oftast används och sannolikt är mest välkänd inom vården och omsorgen är det så kallade kvalitetshjulet eller PDSA-cirkeln.

Observera att det inte handlar om att göra förändringar för förändringens egen skull utan det gäller att ta reda på vilka förändringar som leder till förbättringar och en säkrare vård och omsorg. Det är bara de som ska genomföras och inga andra.

Nolans förbättringsmodell och PDSA-cirkeln

PDSA-cirkeln är en metod eller modell för att arbeta systematiskt med förbättringsarbete. Cirkeln symboliseras av ett oupphörligt roterande hjul som består av fyra faser, Plan-Do-Study-Act vilket översatt till svenska blir Planera-Gör-Studera-Agera. PDSA-cykeln används för att testa och introducera förändringar.

Modellen består av två delar (Figur 3):

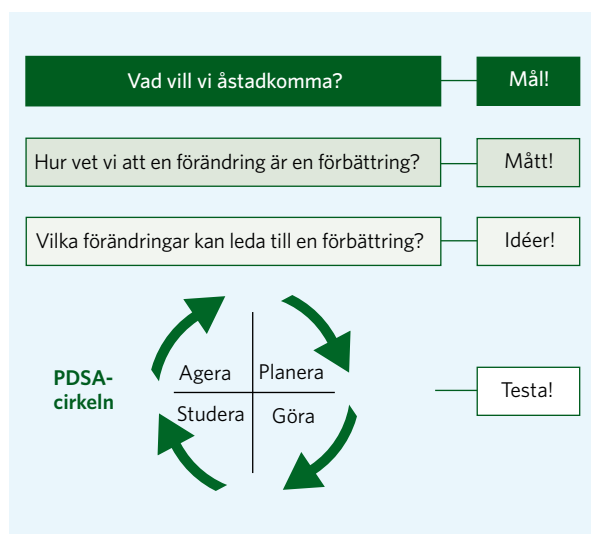
Den första delen består av tre fundamentala frågor som kan ställas i vilken ordning som helst:

1. Vad vill vi uppnå?
2. Hur kommer vi att veta att en förändring är en förbättring?
3. Vilka förändringar kan vi göra som kommer att leda till de önskvärda förbättringarna?

Den andra delen är PDSA-hjulet som beskriver hur en förändring testas genom att man faktiskt prövar den, observerar vad som händer och sedan drar slutsatser. Följande steg ingår i testcirkeln:

- › planera
- › testa, gör, pröva
- › studera, analysera
- › lär, agera

FIGUR 3: Tom Nolans förbättringsmodell



Det är ofta bättre att snabbt komma igång och göra små tester än att planera länge och göra omfattande tester. Själva förändringen bör vara innovativ och ambitiös, men den bör testas i liten skala. Ställ frågan: Vilka förändringar kan vi börja testa redan i nästa vecka?

En första förändring som ska testas kan till exempel omfatta en eller två medarbetare på ett boende i stället för hela boendet eller hela personalstyrkan. Eller också kan en ny handläggningsordning testas på de tre kommande brukarna. Varje testcirkel – om den genomförs väl – är lärorik och skapar en bas för vidare lärande i nästa testcirkel.

När en förändring har visat sig verkligen leda till en förbättring är det dags att genomföra förändringen i stor skala, det vill säga på hela boendet, i hela området eller i hela kommunen. Exempel på uppföljning är enkla enkäter, intervjuer, enkel statistik eller resultat från kvalitetsregister.

Val av åtgärder

Vid en förändring är det viktigt att fundera på vilken typ av åtgärder som sätts in. De ska inte leda till ökad komplexitet eller att ett arbetsmoment kommer att bestå av ytterligare moment.

I tabell 3 ges ett exempel på åtgärder och deras kända effektivitet. Så långt som möjligt bör de mycket effektiva åtgärderna eftersträvas. Eftersom detta inte alltid är möjligt kan effektiva eller begränsat effektiva åtgärder sättas in.

TABELL 3. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation/ dokumentation	Dubbelkontroller
Ändringar i enhetens fysiska utformning	Minskad arbetsbelastning	Visuella eller andra varningssignaler
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp	Användarvänligare IT-stöd	Nya riktlinjer, protokoll eller policys
Tekniska barriärer som omöjlig gör felanvändning	Minskning/eliminering av störningar	Undervisning/utbildning
Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg	Minnesstöd, till exempel checklistor och lathundar	Fler studier/analyser
Standardisering av utrustning/ produkter, processer och rutiner	Minskning/eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/ utseende	
	Praktisk övning	
	Motläsning av muntliga ordinationer	
	Reservsystem för viktiga funktioner	

Modifierat från: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA

Reflekterande samtal

Ett enkelt och effektivt sätt att öka riskmedvetenheten och därmed också förbättra säkerhetskulturen är att prata om de händelser och risker som medarbetarna har varit inblandade i eller iakttagit.

Ett systematiskt sätt att göra detta på är att efter dagens arbetspass samlas i arbetsgruppen och reflektera. Det ger dessutom möjlighet till lärande mellan olika personer. Reflekterande samtal är något som ska ske med regelbundenhet, det vill säga helst efter varje arbetspass, i enkel form för att tjäna som stöd för och inspiration till ökad säkerhet. Det är viktigt att alla vågar prata och ingen känner sig utpekad. Samtalet kan ledas antingen av den som är chef på enheten eller av någon annan medarbetare.

Arbetsgruppen samlas en kort stund och går igenom om det har hänt något under arbetspasset som har lett till en avvikelse, eller om någon har iakttagit någon risk. Följande frågor kan vara till hjälp:

Har det under arbetspasset inträffat något som inte borde inträffa?

Har du iakttagit någon risk idag?

För eller emot en förändring

Ett vanligt problem vid förändringar är det motstånd som kan förekomma bland de medarbetare som berörs av förändringen. Personer som står inför förändringar är ofta rädda att förlora sitt jobb, sina arbetskamrater, sin status eller för att inte klara av de nya arbetsuppgifterna. För att förhindra sådan rädsla bör följande uppmärksammas (39).

Motivation

Motivation och förändringsvilja är två centrala faktorer i ett förändringsarbete. Motivation är motorn till förändring och för att förändringar ska kunna genomföras måste det finnas en vilja till detta. Motivationen ökar om medarbetarna önskar eller inser behovet av en förändring. Möjlighet att påverka arbetsituationen, är en motivationshöjande faktor. Att ge inflytande visar att organisationen har tilltro till sina medarbetare vilket även det höjer motivationen. För att ett förändringsarbete ska lyckas är det viktigt att medarbetarna har en god självkänsla och tror på sin egen förmåga.

Delaktighet

Ett gott förändringsarbete bygger på att så många medarbetare som möjligt är delaktiga i förändringsprocessen. När medarbetare får påverka sin arbetsituation och verksamheten leder det till att arbetsglädjen, engagemanget och effektiviteten ökar.

Information och kommunikation

Det är av stor betydelsen att medarbetarna får korrekt och direkt information eftersom det förebygger ryktesspridning, vilket annars kan utgöra ett hinder i ett förändringsarbete.

Det är skillnad mellan information och kommunikation: Information är en envägsprocess (från sändare till mottagare), medan kommunikation är en flervägsprocess (mellan två eller flera sändare och mottagare). En sammanblandning av dem kan leda till problem. Exempelvis ska arbetsgivaren inte enbart informera om nya rutiner utan dessa ska även kommuniceras ut till medarbetarna. Det innebär att medarbetarna har möjlighet att reagera på dem och komma med synpunkter. Kommunikation är även viktigt som uppmuntran. Det är angeläget att chefer stödjer och uppmuntrar sina medarbetare under ett förändringsarbete för att minimera deras känsla av att inte ha kontroll över vad som händer.

Nationella kvalitetsregister för kommunal hälso- och sjukvård

Nationella kvalitetsregister skapar en unik möjlighet att göra hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen säkrare. För den kommunala vården och omsorgen är framförallt två av de nationella kvalitetsregistren av intresse: Svenska Palliativregistret och Senior Alert. För båda registren lämnas från år 2010 och tre år framåt en prestationsersättning som innebär att kommuner och landsting eller regioner kan få ekonomiskt bidrag för att påbörja registrering. De nationella kvalitetsregistren nås via www.kvalitetsregister.se.

Svenska palliativregistret

Varje år avlider omkring 92 000 svenskar. Uppskattningsvis 80 procent av dessa dödsfall är förväntade, dvs. dödsfallen skulle kunna planeras på bästa sätt för både den döende och närstående så att god vård uppnås. Många av de förväntade dödsfallen inträffar inom hemsjukvården eller kommunalt boende. Svenska palliativregistret, som startade 2005, syftar till att steg för steg förbättra vården i livets slutskede oavsett vårdgivare. Det sker bland annat genom att identifiera bristerna i den nuvarande vården, t.ex. bristande läkarkontinuitet och smärtlindring. Med hjälp av innehållet i registret kan vården studeras den sista veckan innan dödsfallet för att man ska lära sig mer om den sista tiden för att kunna göra vården värdig och välfungerande.

Registret består av två enkäter, en som gäller enheten och en som gäller den enskilde individen. Enhetens enkät besvaras en gång per år och omfattar frågor som rör enhetens struktur och rutiner för att vårda döende. Den andra enkäten som består av 25 frågor besvaras efter dödsfallet av vårdpersonalen och rör den enskilde individens vård och behandling den sista veckan. Frågorna bygger på grundläggande värderingar om god palliativ vård. Enkäten innehåller frågor som rör t.ex. hur effektiv symtomlindringen har varit, om det har gjorts någon smärtskattning, om trycksår har uppkommit och hur närstående har tagits omhand.

Svenska palliativregistret har en egen webbplats, www.palliativ.se. Där finns information om registret liksom enkäter och resultat.

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister som synliggör områden som tidigare inte har registrerats nationellt. Registret, som startade 2006, syftar till att få in omvårdnadsfakta och utveckla nya förebyggande arbetssätt inom områdena fall, trycksår och undernäring. Dessa tre områden är starkt sammanflätade och det är framförallt individer med komplexa vårdbehov som löper stor risk att utveckla trycksår och undernäring och har en ökad fallrisk. Samtliga tre områden kan, om de inte uppmärksammas i tid, ge skador som i sin tur leder till ökat lidande och behov av utökad vård och behandling.

Registret omfattar individer 65 år och äldre, men även yngre individer kan ingå om det skulle behövas. Data registreras on-line i en nationell databas. Registret är unikt genom att data följer en enskild individ och delas mellan olika huvudmän. I kommunen handlar det om individer i hemsjukvård i ordnärt boende (om kommunen har tagit över ansvaret från landstinget), särskilt boende och korttidsvård.

Registreringen kan exempelvis påbörjas inom primärvården och fortsättas av sjukhuspersonalen om individen behöver sjukhusvård. Om hon eller han sedan skrivs ut till ett kommunalt boende följer registreringen med och hela vårdförloppet kan följas för de tre områdena.

Alla riskbedöms via evidensbaserade instrument. De som för närvarande används för att påvisa risk för trycksår är RBT-skalan (RiskBedömning Trycksår) och Modifierad Norton skala. MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short form) används för att identifiera risk för undernäring medan DFRI (Downton Fall Risk Index) används för fallrisk. När en individ är riskbedömd kan evidensbaserade åtgärder väljas. De har tagits fram i samverkan med kommun och primärvård.

Senior Alert har en egen webbplats: www.senior-alert.se. Där finns det information om anslutning till och användning av registret. På webbplatsen finns också instruktionsfilmer liksom frågor och svar om registrering.



Ord – och begreppsförklaringar

Siffrorna efter orden hänvisar till källan, se nedan

avvikelse²

samlingsterm för negativ händelse och tillbud.

Kommentar: I den kommunala omsorgen används **fel och brister** i stället för avvikelse

avvikelsehantering¹

rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna

Kommentar: Här avses också **fel och brister** inom den kommunala vården och omsorgen

bakomliggande orsak³

en orsak, oftast på systemnivå, som minskar risken för avvikelse om den åtgärdas

enskild individ

i denna handbok är det en samlingsterm för brukare, patienter och vård- och omsorgstagare

HSL

hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

hälso- och sjukvård¹

åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Omfattar även den verksamhet i kommunen som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

insats⁵

individuellt behovsprövat stöd eller individuellt behovsprövad vård och behandling enligt SOL, LVU och LVM samt insatser enligt 9§ LSS

ledningssystem¹

system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten, för att sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområden eller krav och för att följa upp och utvärdera dessa mål

LSS

lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LVM

lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

LVU

lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

negativ händelse²

händelse som medfört en vårdskada

patientsäkerhet¹

skydd mot vårdskada

patientsäkerhetsarbete¹

arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser

risk¹

möjligheten att en negativ händelse ska inträffa

riskanalys¹

systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

riskhantering²

rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada och för att återföra erfarenheterna skydd/barriär³ funktion som förhindrar en negativ händelse eller begränsar konsekvensen av en negativ händelse

SOL

socialtjänstlagen (2001:453)

tillbud²

händelse som hade kunnat medföra vårdskada

vård och omsorg¹

åtgärder och insatser till enskilda personer när det gäller socialtjänst och stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar. Vård och omsorg ges t.ex. enligt socialtjänstlagen (2001:453), SOL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

vårdgivare¹

en statlig myndighet, ett landsting eller en kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).
Källa: Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2007:9 om användning av begrepp och termer

vårdskada²

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

allvarlig vårdskada³

vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit

åtgärd⁴

handling som är inriktad på (visst) resultat

1 Socialstyrelsens termbank

2 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, SOSFS 2005:12

3 Riskanalys och Händelseanalys - Handbok för Patientsäkerhetsarbete (Socialstyrelsen m.fl. 2009)

4 Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659

5 Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2006:11

Referenser

- 1 Leape L, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324(6): 377-84.
- 2 Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 1999.
- 3 Socialstyrelsen et al. Riskanalys & Händelseanalys – Handbok i patientsäkerhetsarbete. Andra utgåvan. Stockholm 2009.
- 4 Baker G R, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170(11): 1678-86.
- 5 Davis P, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J* 2002; 115:U271.
- 6 Schioler T, et al. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Laeger* 2001; 163:5370-8.
- 7 Wilson RMcL, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.
- 8 Vincent C, et al. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322(7285): 517-9.
- 9 Soop M, et al., The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:285-91.
- 10 Socialstyrelsen et al. Att mäta patientsäkerhetskulturen – Handbok i patientsäkerhetsarbete. Stockholm 2009.
- 11 Reason, J. Human error. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990.
- 12 Reason, J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
- 13 Wallin, C. J, & Thor, J. SBAR modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen* 2008; 26:1922-5
- 14 Larsson J, et al. Undernäring vanligt vid svenska sjukhus. *Läkartidningen* 1994; 91:2410-14.
- 15 McWhirter J & Pennington C. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308:945-48.
- 16 Potter JM, et al. Protein energy supplements in unwell elderly patients – a randomised controlled trial. *J Paren Enteral Nutr.* 2001; 25:323-329.
- 17 Bastow MD, et al. Benefits of supplementary tube feeding after fractured neck of femur: a randomised control trial. *BMJ.* 1983; 287:1589-1592.
- 18 Clark MA, et al. Wound healing associated with severe surgical illness. *World J Surg.* 2000; 24:648-654.
- 19 Ek A C, et al. The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. *Clin Nutr.* 1991; 10: 245-250.
- 20 Cederholm T, et al. Nutritional status and performance capacity in internal medical patients. *Clin Nutr.* 1993; 12:8-14.
- 21 Bourdel-Marchasson I, et al. Functional and metabolic early changes in calf muscle occurring during nutritional repletion in malnourished elderly patients. *Am J Clin Nutr.* 2001; 73:832-838.
- 22 Chandra RK. Nutrition and the immune system from birth to old age. *Eur J Clin Nutr.* 2002; 56, Suppl 3:73-76.
- 23 Campbell A J, et al. Anthropometric measurements as predictors of mortality in a community population aged 70 years and over. *Age and Ageing* 1990; 19:131-135.
- 24 Sullivan D H, et al. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients. *JAMA.* 1999; 281:2013-2019.
- 25 Svensson F & Mulder K. Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt (2:a uppl.) 2004.
- 26 Einarson T R. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacotherapy* 1993; 27:832 -40.
- 27 Patel P & Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy* 2002; 22:91 -93.
- 28 Mjorndal T, et al. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiology Drug Saf.* 2002; 11:65-72.

- 29 Lazarou J. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279(15):200-1205.
- 30 Beijer HJ & de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a metaanalysis of observational studies. *Pharmacy World & Science* 2002; 24(2):46-54.
- 31 Midlöv P, et al. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharm Sci World* 2005; 27(2): 116 -120.
- 32 Thorngren KG, et al. Epidemiology of femoral neck fractures. *Injury*. 2002; 33 Suppl. 3:C1-7.
- 33 Räddningsverket. Fallolyckor bland äldre: Samhällets direkta kostnader. 2003.
- 34 Schoonhoven L, et al. Risk indicators for pressure ulcers during surgery. *Appl Nurs Res* 2002; Aug;15(3):163-73.
- 35 Hodgkinson B NR & Wilson J. A systematic review of topical skin care in age care facilities. *J Clin Nurs* 2007; 16(1):129-36.
- 36 Hearley F. Root cause analysis for tissue viability incidents. *Tissue Viability Society* 2006; Feb, 16(1):12-5.
- 37 Versluisen M. Pressure sores: causes and prevention. *Nursing* 1986; Jun 3(6): 216-8.
- 38 Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag. Stockholm 2006.
- 39 Angelöw, B. Det goda förändringsarbetet – om individ och organisation i förändring. Lund: Studentlitteratur. 1991.

Bilaga 1

Lagar och föreskrifter inom säkerhetsområdet för kommunal vård och omsorg

Lag/Föreskrift	Var hittar jag denna lag/föreskrift?	Eventuell Vägledning/ Tillämpning till lag/föreskrift
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763	Svensk författningssamling www.riksdagen.se	
Socialtjänstlagen (SOL) 2001:453	Svensk författningssamling www.riksdagen.se	Lex Sarah-tillämpning av 14 kap. 2 § SOL och 24 a § LSS (Socialstyrelsen 2010) Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten (Socialstyrelsen 2010)
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 1993:387	Svensk författningssamling www.riksdagen.se	Lex Sarah-tillämpning av 14 kap. 2 § SOL och 24 a § LSS (Socialstyrelsen 2010) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av 24 a § LSS (2008) Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten (Socialstyrelsen 2010)
Patientdatalagen 2008:355	Svensk författningssamling www.riksdagen.se	
Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring
Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)	Svensk författningssamling www.riksdagen.se	
Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2006)
Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	God kvalitet i socialtjänsten - om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS (Socialstyrelsen 2008)
Föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	Ny föreskrift planeras som även omfattar insatser för SOL och LSS
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	

Lag/Föreskrift	Var hittar jag denna lag/föreskrift?	Eventuell Vägledning/ Tillämpning till lag/föreskrift
Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Föreskrift om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Allmänna råd för medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Föreskrift och allmänna råd om tillämpningen av 14 kap. 2 § SOL (SOSFS 2008:10)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Föreskrift och allmänna råd om tillämpningen av 24 a § LSS. (SOSFS 2008:11)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)	Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se	

Bilaga 2

Säkerhet på min arbetsplats

Markera med kryss på skalan:

Obs! Endast ett kryss per fråga.

1. Chefen (verksamhetschef eller motsvarande) på min enhet lyssnar på mig och bryr sig om det jag tar upp avseende säkerhet

Håller med Håller inte med

5 4 3 2 1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Om jag tar upp förslag avseende säkerhet med min närmaste chef/arbetsledare skulle dessa beaktas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Jag uppmuntras av min chef/arbetsledare att rapportera allt som jag lägger märke till, som kan innebära en risk för den enskilde individen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Jag vet hur jag rapporterar avvikelser på min arbetsplats

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Jag är alltid villig att rapportera avvikelse även om den enskilda individen inte tagit skada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Jag blir inte negativt bemött på min arbetsplats om jag tar upp avvikelser eller diskuterar tillbud/risker

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Jag känner till hur många avvikelserapporter min arbetsplats har

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. På min enhet har vi mötesforum där vi tillsammans går igenom och lär av våra avvikelser

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Våra chefer kompromissar aldrig med säkerhetsfrågorna för att prioritera andra arbetsuppgifter

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Summa

<input type="checkbox"/>

10. Hur många avvikelserapporteringar har du hittills gjort under året?

0 1-5 6-10 >10

Ovanstående enkät är modifierad från Qulturums (www.qulturum.se) översatta och omarbetat enkät med ursprung från Institute for Healthcare Improvement (IHI), Boston USA. Enkäten har i denna utgåva omarbetas för att anpassas till den kommunala sektorn.

Bilaga 3

Checklista för ett säkrare hem

Minska risken för fallskador genom att gå en säkerhetsrond i hemmet. Det är trots allt där de flesta olyckor sker. Tag checklistan till hjälp och gå igenom alla rum. Notera eventuella risker och åtgärda det du anser vara nödvändigt.

Ju fler rutor du kryssar, desto säkrare miljö skapar du för dig själv.

Hela bostaden

- Jag polerar inte mina golv.
- Jag har halkskydd under, eller tar bort, lösa mattor.
- Jag har satt fast alla lösa el- och telefonsladdar som jag kan snava över.
- Jag har tagit bort höga trösklar som utgör hinder.
- Jag har de föremål jag använder mest nåbara och lättillgängliga.
- Jag har en telefon lättillgänglig.
- Jag har god framkomlighet överallt.
- Jag har bra belysning och bytt ut svaga lampor.

Kök

- Jag har möjlighet att sitta och arbeta.
- Jag har de köksföremål jag använder mest lättillgängliga.

Hall

- Jag har lättåtkomliga hängare för ytterkläder.
- Jag har en stadig stol att sitta på när jag klär av och på mig.
- Jag har en dörrmatta som är hel och stadig i kanterna.
- Jag ställer undan skor och lösa saker.

Badrum

- Jag har antihalkmatta i badkaret/duschen.
- Jag har en stadig matta på golvet att sätta fötterna på, när jag har badat/duschat.
- Jag har handtag på väggen intill badkaret/duschen.
- Jag har pall i duschen eller badbräda i badkaret.
- Jag har dörren öppen till toaletten på natten och toalettlampan tänd.

Sovrum

- Jag har ett stadigt nattduksbord.
- Jag når belysningen från sängen.
- Jag har en telefon vid sängen.
- Jag placerar ett glas vatten vid sängen då jag går och lägger mig.

Trappor ute och inne

- Jag har halkskydd på varje trappsteg.
- Jag har stadiga ledstänger i alla trappor.
- Jag har bra belysning och ser alla trappsteg tydligt.

Utemiljö

- Jag har jämn beläggning på gångvägar.
- Jag har bra snöröjning och sandat/saltat.

Jag själv

- Jag använder skor och tofflor som har bakkappa eller antihalksockor som sitter ordentligt på fötterna.
- Jag undviker att gå i strumplästen.
- Jag undviker att klättra på stolar och pallar.
- Jag använder broddar på skor och stövlar under vintern.
- Jag använder cykelhjälm och cykel med djupt insteg = damram.
- Jag tänker på att hålla i mig, då jag böjer huvudet bakåt.
- Jag symaskinstrampar med fötterna och sitter en stund på säng/stolskanten innan jag reser mig.
- Jag står en kort stund när jag rest mig från stol eller säng och trampar på stället.
- Jag har en uppladdningsbar ficklampa vid strömavbrott.

Du som berörs

- Jag har isdubb på käppen.
- Jag använder urinflaska eller fristående toalettstol vid sängen.
- Jag har en toalettstolsförhöjning.
- Jag använder dosett till mina läkemedel för att undvika feldosering.
- Jag har alltid trygghetslarmet på mig, även i duschen.
- Jag har en stol att sitta på i min affär.
- Jag använder stavar när jag går i skog och mark.

Övrigt

- Jag har en fungerande brandvarnare.
- Jag har raka ben på stolar och sängar, då går de lättare att höja med klotsar.

Denna checklista har utarbetats i samarbete mellan Socialförvaltningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och ett antal frivilligorganisationer inom Gotlands Kommun.

Bilaga 4

Sammanställning på avdelnings/enhetsnivå

Datum _____

Sjukhus/vårdcentral/särskilt boende etc. _____

Avdelning/enhet _____

Korrekt handläggning av basala hygienrutiner innebär att:

- › **desinfektion av händerna** med sprit¹ sker direkt före och direkt efter patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt före och efter användning av handskar.
- › **handskar ska användas** vid kontakt med eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handskar byts mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient.
- › **engångsförkläde av plast eller patientbunden skyddsrock ska användas:** om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Korrekt handläggning av klädregler innebär att:

- › **arbetskläderna** ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade. Korrekt arbetsklädsel fastställs av arbetsgivaren.
- › **händer och underarmar ska vara fria från ringar, klockor och armband** för att kunna genomföra en adekvat handhygien.
- › **hår ska vara kort eller uppsatt** om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

1. Alkoholbaserat handdesinfektionsmedel eller något annat medel med motsvarande effekt.

Basala hygienrutiner och klädregler

Observerad person	Yrkeskategori	Korrekt desinfektion av händerna före	Korrekt desinfektion av händerna efter	Korrekt användning av handskar ¹	Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden skyddsrock ²	Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner (Korrekt i samtliga fyra steg) ³	Kortärmad arbetsdräkt	Fri från ringar, klockor och armband	Kort eller uppsatt hår	Korrekt följsamhet till klädregler i samtliga tre steg ³	Korrekt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (Korrekt i samtliga sju steg) ³	Löpnr ⁴
1 ³												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

1. Om det patientnära arbetet vid observationen inte kräver handskar ifylles här "Ej relevant". Om alternativet "Ej relevant" är ifyllt räknas detta som korrekt.

2. Om det patientnära arbetet vid observationen inte kräver plastförkläde/skyddsrock ifylles här "Ej relevant". Om alternativet "Ej relevant" är ifyllt räknas detta som korrekt.

3. Ifylles endast i databasen vid registrering av aggregerade data. Vid registrering på avdelnings/enhetsnivå beräknas detta via databasen.

4. Löpnnummer erhålles vid registrering i databasen och fylls i på pappersprotokollet.

Bilaga 5

Sannolikhets- och konsekvensmatris

Konsekvensens allvarlighetsgrad	
Mindre	<p>HSL – obehag eller obetydlig skada t ex feldosering i dosett som upptäcks före överlämnandet, fallolycka utan att skada uppstått.</p> <p>SOL/LSS – brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats som leder till mindre obehag (t ex utebliven städning eller tvätt).</p>
Måttlig	<p>HSL – övergående funktionsnedsättning t ex utebliven dos men utan att det leder till men för enskild individen. Feldosering: Har inte följt rutin, dock liten eller ingen konsekvens för enskild individen. Fallolycka med måttlig skada (ingen fraktur).</p> <p>SOL/LSS – brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och eller brist i bemötande som leder till obehag för den enskilde t ex utebliven veckodusch eller inköp.</p>
Betydande	<p>HSL – kvarstående måttlig nedsatt funktionsnedsättning, förlängd vårdtid t ex missade läkemedel såsom insulin, anti-koagulantia, smärtstillande narkotiska preparat. Förväxlingar av doser. Feldosering. Vårdrelaterade infektioner. Fallolycka med större skada t ex fraktur.</p> <p>SOL/LSS – brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för den enskilde t ex utebliven tillsyn eller personlig hygien då det finns omfattande behov.</p>
Mycket hög eller katastrofal	<p>HSL – dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning t ex fall med skallskada med dödsfall som följd.</p> <p>SOL/LSS – fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp. Brist i omsorgen som utgör ett hot mot en enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Brott mot sekretesslagen.</p>

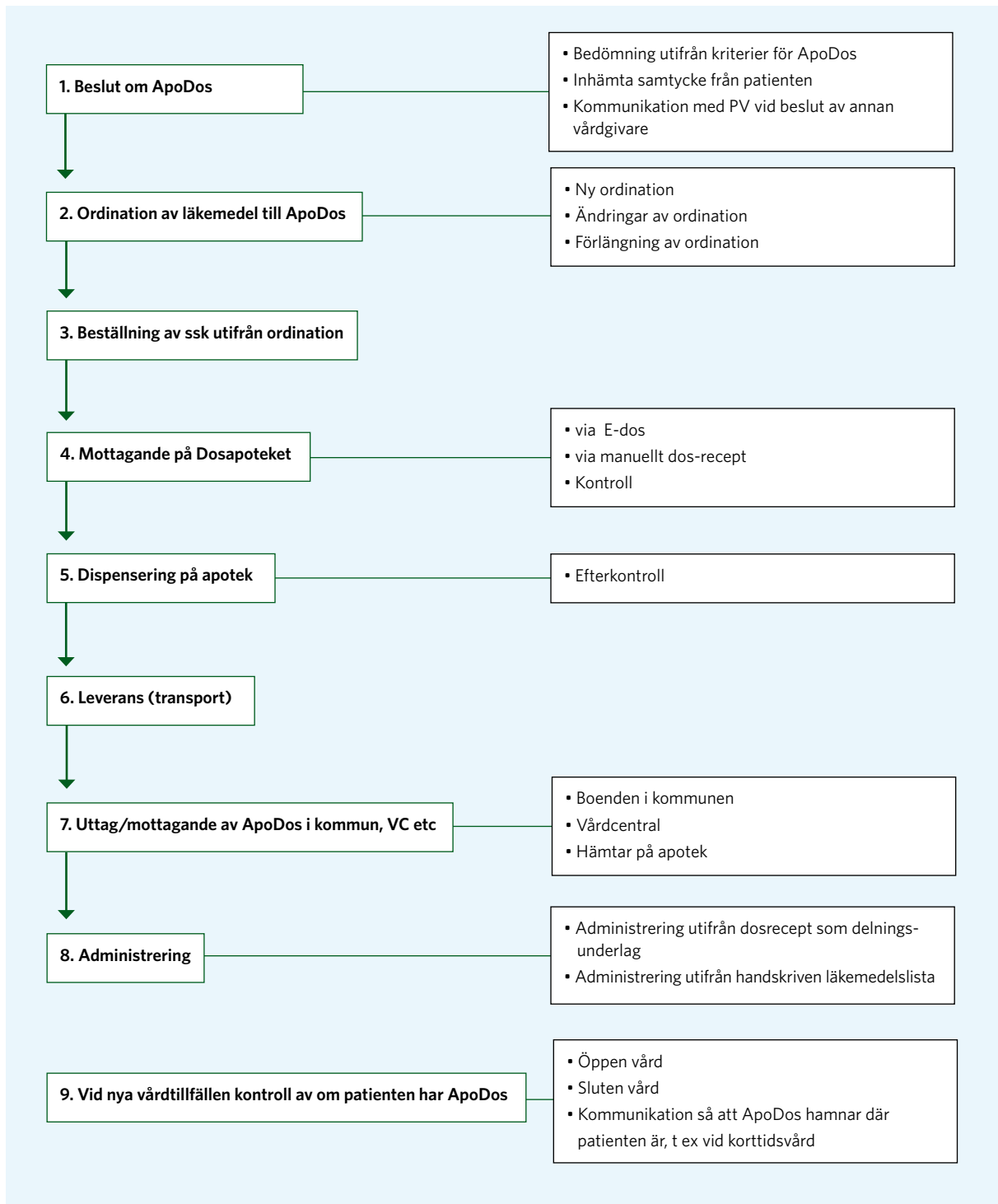
Sannolikhet för att det inträffar	
Mycket liten	Kan inträffa en gång/år
Liten	Kan inträffa varje månad
Stor	Kan inträffa varje vecka eller en på tio tillfällen*
Mycket stor	Kan inträffa dagligen eller en på tre tillfällen*

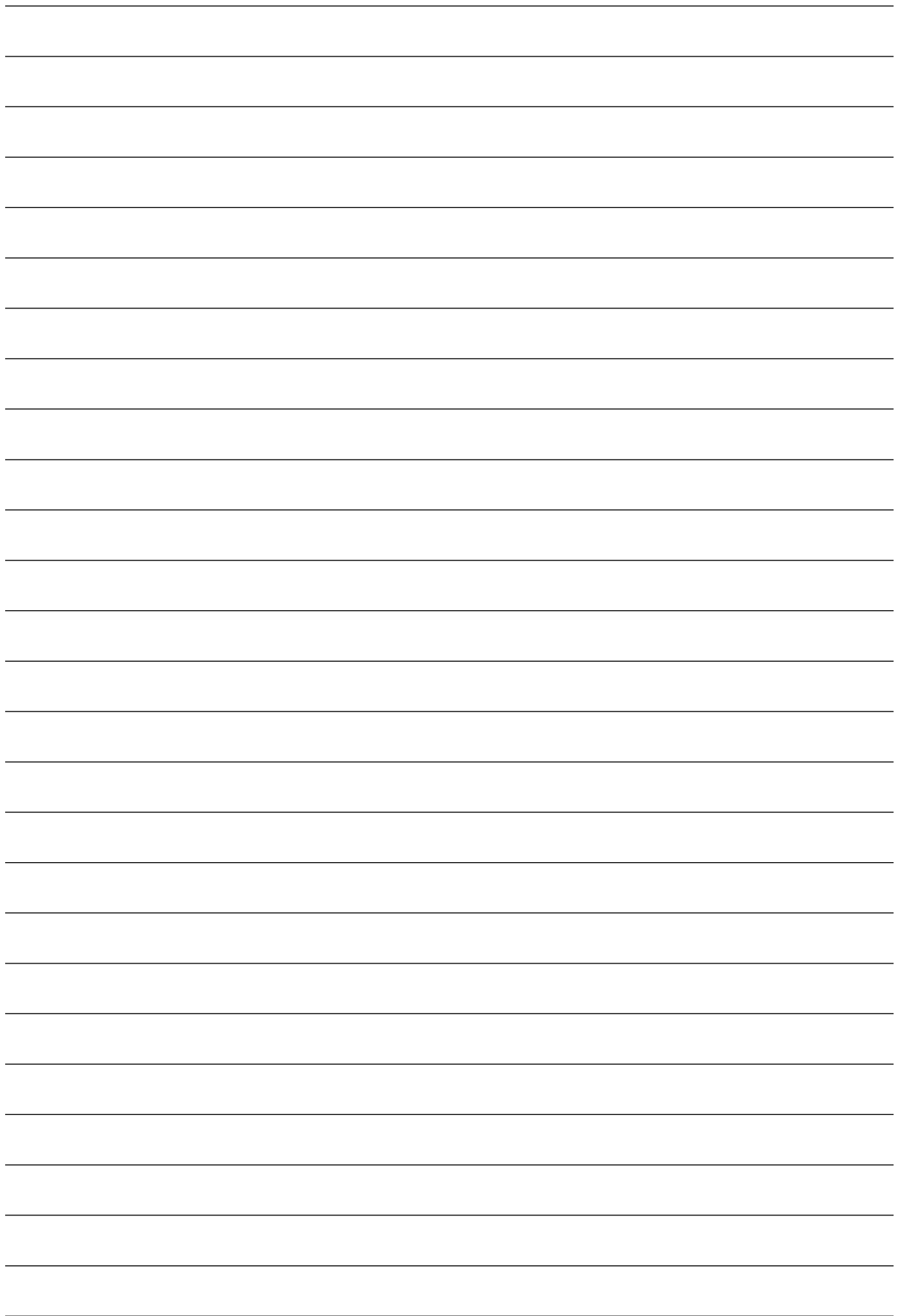
*Gäller händelser som ej görs dagligen eller varje vecka t ex injektioner var 3:e månad eller städning var 14:e dag men där sannolikheten är stor att händelsen upprepas

Ovanstående matris har utarbetats inom stadsdelen Limhamn-Bunkeflo och används inom Malmö Stad

Bilaga 6

Processbeskrivning ApoDos-process







Säkrare vård och omsorg

Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete

Trots att den svenska vården håller hög kvalitet, skadas människor varje dag. Det är skador som i många fall hade kunnat undvikas. Vårdskadorna leder också till ett slöseri med samhällets resurser. Att öka patientsäkerheten är att försöka minska dessa vårdskador och minska det onödiga lidandet för dem som drabbas.

Ofta är det brister i organisationen som är orsaken till att en individ skadas. Det kan vara brister i rutiner, teknik, kommunikation och information. Exempel på vårdskador är fallskador, undernäring, trycksår, läkemedelsmisstag och vårdrelaterade infektioner.

Denna handbok vill ge en bild av riskerna i vården och omsorgen liksom de grundläggande metoderna och arbetssätten för att minska vårdskador. Handboken förespråkar genomgående förebyggande arbetssätt. Det betyder att vara medveten om riskerna för vårdskador och att agera för att minska dem.

Allt mer vård utförs i kommunal regi. Det gäller till exempel i den kommunala hälso- och sjukvården, men även i de kommunala verksamheter som styrs av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och av socialtjänstlagen.

Att öka säkerheten i den vård och omsorg som sker i kommunal regi är avgörande för hur patientsäkerheten förbättras i Sverige. Detta kräver insatser både av landstingen och av kommunerna.

Beställ eller ladda ner på www.skl.se/publikationer eller på telefon 020-31 32 30.