

Gröna korset - handbok



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Bakgrund.....	3
Utbildningsmaterial.....	3
Metodbeskrivning.....	5
Detaljlista.....	8
Månadssammanställning	9
Lokalt förbättrings-och patientsäkerhetsteam	10
Solros.....	10
Definitioner.....	11
Referenser och länkar.....	12

Bakgrund

I nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård, beskrivs hälso- och sjukvård som ett komplext system i ständig förändring där riskerna är många och varierande.

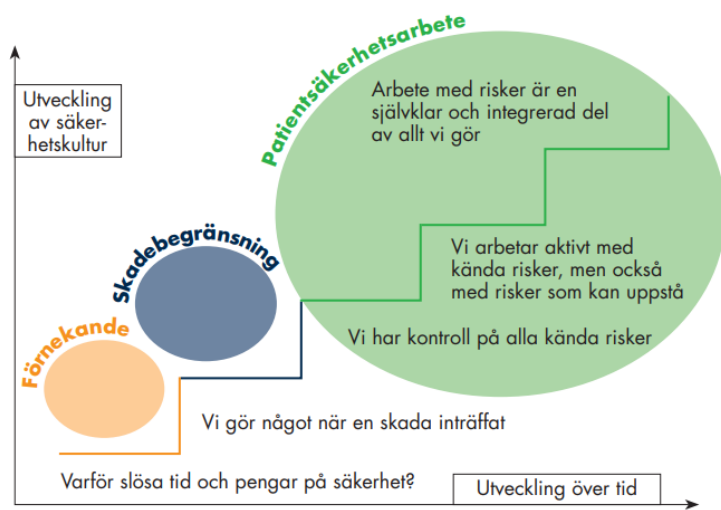
Ett aktivt säkerhetsarbete är i ett sådant system avgörande.

Att mäta inträffade skador och vårdskador (reaktivt arbete) är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, men för framgång behöver även det skadeförebyggande (proaktiva) arbetet stärkas.

Förutom skydd mot vårdskador krävs även fokus på god arbetsmiljö samt ett systematiskt förbättringsarbete för att uppnå säker vård.

Detta är en förflyttning som ofta sker stegvis med mognad/ utvecklande av säkerhetskulturen (se bild) i en verksamhet.

Med fokus på dessa områden (patientsäkerhet, arbetsmiljö, systematiskt förbättringsarbete) kan vi närma oss de två perspektiven *frånvaro av skada* och *närvaro av säkerhet*.



Bild

Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg

Från nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Metoden Gröna korset är ett tydligt, visuellt metodstöd för dagligt samtal om kvalitet och patientsäkerhet utifrån dessa perspektiv.

Genom avstämning i team hanteras inträffade skador/ vårdskador och negativa följd effekter minimeras genom omedelbara åtgärder samt strukturerade stödinsatser. Förmågan att förutse variationer och störningar i nutid kommer att utvecklas över tid liksom förmågan att situationsanpassa vården utifrån dessa störningar så att skador/ vårdskador aldrig uppstår.

Gröna korset metoden kan användas överallt, då den är lätt att anpassa till olika typer av verksamhet.

Utbildningsmaterial

I region Jämtland Härjedalens utbildningsportal SabaCloud, finns en webb-utbildning som tillsammans med denna handbok kan användas som stöd vid införande och användandet av gröna korset.

Vid frågor kan även Patientsäkerhetsenheten kontaktas.

Gröna korset mötet

Mötesfrekvens

Rekommendationen är att det görs en daglig avstämning, men det beror på typ av verksamhet hur ofta ett Gröna korset-möte är möjligt att genomföra. Fundera även över vilka andra möten ni redan har? Om möjligt så matcha ett befintligt möte med intentionerna i Gröna korset-mötet. Det kanske räcker att komplettera med visualisering med korset och solrosen?

Tid och plats

Tid på dygnet och lämplig plats anpassas utifrån de möjligheter verksamheten har. Rekommendationen är att medarbetarna samlas vid en White board-tavla. Mötet bör inte ta längre än 10 min och helst genomföras stående.

Syfte

Daglig avstämning med teamet, där alla yrkeskategorier och chefer deltar ger ökad medvetenhet och kunskap om de risker som kan uppstå i olika arbetsmoment och processer, både gällande säker vård och säker arbetsmiljö. Tillsammans med ett systematiskt kvalitetsarbete, utvecklar vi en säkerhetskultur där säkra arbetsätt upprätthålls, dvs närvaro av säkerhet och frånvaro av skada.

Mötet innehåller

- Samtal om uppmärksammade händelser, störningar eller variationer i verksamheten som redan har påverkat eller kan komma att påverka säkerhet och kvalitet för både patienter och medarbetare
- Identifiering av vilka anpassningar som utifrån dessa störningar behöver vidtas för att säkerställa att allt går bra, att skador uteblir eller om skada redan inträffat att dess omfattning begränsas/ negativa följd effekter minimeras

Deltagare

Hela teamet, alla yrkeskategorier.

En person utses till mötesledare som ansvarar för att gruppen följer agenda och håller avsatt tid. En framgångsfaktor är ett närvarande ledarskap, dvs att chef deltar under Gröna Korset mötet, men funktionen som mötesledare kan rotera i personalgruppen.

Mötesregler

Beslutas av berörd verksamhet. Rekommendation är att alla medarbetare medverkar och är delaktiga i att utveckla vården, föra arbetet framåt. Att det finns en öppenhet och vilja att lära av varandra.

Input till mötet

Deltagarna tar med sig de händelser/ observationer som de uppmärksammat.

Output från mötet

De händelser/ observationer som tagits upp är

- Bedömda utifrån allvarlighetsgrad och färgkodade
- Fördelade, det finns beslut gällande fortsatt hantering
- Visualiserade i korset, där den allvarligaste händelsen bestämmer dagens färg

- Dokumenterade för spårbarhet i detaljlista och därefter sammanställda i månadslista

Metodbeskrivning

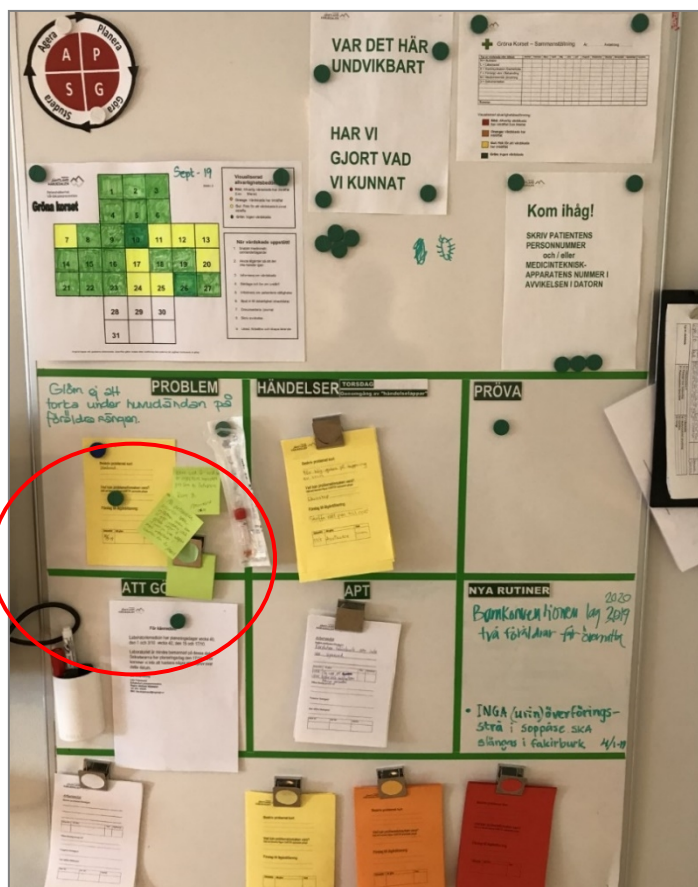
Gröna korset metoden innebär ett strukturerat arbetssätt i totalt sju steg, men alla steg kommer inte gås igenom vid varje Gröna Korset möte.

Oavsett färg på dagen är det framför allt viktigt att få ökad medvetenhet om det som händer i verksamheten och att fokusera på förebyggande insatser.

1. Uppmärksamma, identifiera

Mötesledaren ställer samma frågor vid varje möte

- Har vi haft någon inträffad skada idag? (röd markering på datum)
- Har vi upptäckt något som skulle kunnat medföra skada, men inte gjorde det eftersom vi upptäckte det i tid, hann avbryta? (orange dag)
- Har vi uppmärksammat någon förbättringsmöjlighet idag? (gul markering på datum)
- Vad har vi gjort bra idag? Nya lärdomar och erfarenheter! (grön markering på datum och solroshändelse)



De som inte har möjlighet* att delta på träffen sätter upp en post-it lapp med sitt ärende bredvid Gröna korset (se markering i exempelbilden)

De som närvarar på träffen tar upp alla ärenden, gör en bedömning (se punkt 2), beslutar om fortsatt handläggning samt dokumenterar på en förbättringslapp eller direkt på Detaljlistan.

* Exv endast varit konsult på enheten (ex MIG-team), arbetar på annan enhet just då (ex VNS) eller är upptagen med patient (ex Fysioterapeut).

2. Bedömning

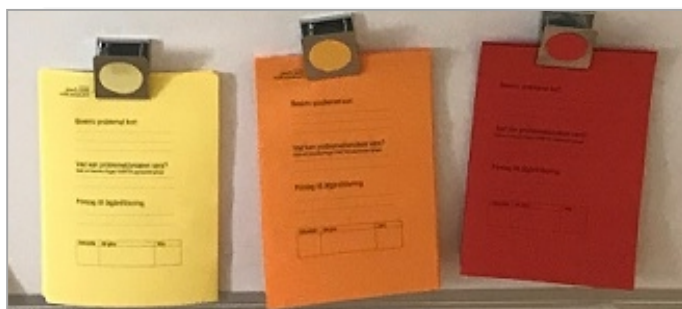
Utifrån en gemensam diskussion i teamet väljs allvarlighetsgrad utifrån färgkod (se bild). För tydlighetens skull kan man gärna visa resultat i två kors – ett för vård och ett för arbetsmiljö.

Färgkod	Vårdhändelse	Arbetsmiljöhändelse
Röd	Medfört skada/ vårdskada	Ohälsa, Sjukdom, Olycksfall
Orange	Hade kunnat medföra skada/ vårdskada	Tillbud, Allvarligt tillbud
Gul	Förbättringsmöjlighet	Förbättringsmöjlighet
Grön	Nya lärdomar och erfarenheter Ingen skada.	Nya lärdomar och erfarenheter Inga skada

		1	2	3		
		4	5	6		
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
		28	29	30		
		31				

Om ni väljer att använda händelselappar, finns de att beställa på regionens tryckeri med samma färg som allvarlighetsgraden (röd, orange, gul).

Händelselappen hänger kvar på tavlan för att alla medarbetare – även de som inte kunde närvara under mötet - ska kunna läsa vilken bedömning som gjorts och vilka åtgärder som ska vidtas.



3. Datainsamling

Alla händelser förs in i detaljlistmallen tillsammans med en kort beskrivning av vad det gäller.

Den som leder mötet ställer även frågan om det direkt vidtagits åtgärder som förhindrade att en patient (eller personal) skadades eller som begränsade omfattningen av en inträffad skada (*det kunde ha blivit värre om inte ...*).

När det finns direkt vidtagna åtgärder som begränsat omfattningen av en händelse, är det något positivt som bidragit till ökad patientsäkerhet, bättre arbetsmiljö och kvalitet. Detta dokumenteras i Solrosen (*se mer om Solrosen nedan*).

När en händelse gäller personal, kan bedömning av allvarlighetsgrad och förslag på åtgärder göras under mötet om det är lämpligt. Fysisk arbetsmiljö kan tas upp direkt på mötet, men känsligare ärenden, tex den psykosociala arbetsmiljön hanteras enskilt, tillsammans med närmsta chef.

4. Avvikelse rapport eller ej?

När arbetsgruppen kommit fram till att det gäller en röd eller orange händelse – för patient eller personal – ska avvikelse rapport skrivas.

På mötet utser man den medarbetare som ska skriva avvikelsen och det bör göras innan arbetsdagen är slut (men inte på övertid).

När arbetsgruppen kommit fram till att det gäller en gul händelse, överförs denna till ett nytt eller redan pågående kvalitets-/ förbättringsarbete.

5. Förbättringsåtgärder

På kort sikt, i det dagliga arbetet åtgärdas allt det som avviker

- direkt vid upptäckt, ex att sätta in hälavlastning vid risk för tryckskada på sängliggande
- eller planeras in enligt ett schema, ex vändning var 3:e timma

På lång sikt, utifrån Gröna korsets månadssammanställningar sätts långsiktiga åtgärder in utifrån de orsaksområden som identifierats - ex byta till bättre madrasser i alla vårdängar.

De åtgärder som vidtas ska vara evidensbaserade, tex från Vårdhandboken.

6. Patient/ närstående involveras, görs delaktiga

Förslag på åtgärder inhämtas även från patient/ närstående. Vad anser de skulle ha förhindrat att händelsen inträffade?

7. Uppföljning och lärande

De åtgärder som man kommer fram till, beslutar om och inför - ska utvärderas på ett systematiskt sätt.

Leder de ändringar vi gjort till förbättringar? Hade de önskvärd effekt?

Detta arbete kan med fördel hanteras under ett strategiskt möte, tex med områdets förbättrings-/ patientsäkerhetsteam.

Ett sätt att följa upp och lära sig är att först testa i liten skala (tex på en vårdsal, med några ur personalgruppen, under 1 vecka) - och utvärdera vad som fungerade bra/ mindre bra, justera och därefter testa igen.

När man har nått det resultat man vill i den lilla testgruppen övergår man till test i större skala (ex hela vårdavdelningen, all personal, kontinuerligt) – fungerar det fortfarande bra eller måste vi justera ytterligare?

Detta sätt att arbeta följer en fyra-steps-metod som förkortas PDCA (Plan-Do-Check-Act), PDSA (Plan-Do-Study-Act) eller PGSA (Planera-Göra-Studera-Agera). Ytterligare ett sätt att formulera samma 4-steps metod är att fråga: **Var är vi? - Vart ska vi? - Hur gör vi? - Hur blev det?**

Att arbeta enligt dessa fyra steg innebär att man aldrig blir "färdig", utan det är en kvalitets-loop som hela tiden snurrar runt, runt och som innebär att vi kontinuerligt förfinar våra arbetssätt. Med andra ord – vi arbetar med ständiga förbättringar!

Detaljlista

I mallen finns några exempel på skador/ vårdskador angivna. Dessa skade-/ händelsetyper är inte tvingande utan måste tvärtom anpassas utifrån de händelser som inträffar i respektive verksamhet. Varje verksamhet gör sin egen skade-/ händelselista.

Obs! listan måste anpassas utifrån de händelser som inträffar i den egna verksamheten

Kod för Skada-/ vårdskada	B= Blåsöverfyllnad	T= Trycksår
	F= Fall	VRI= Vårdrelaterad infektion
	L= Läkemedel	
	M= Munhälsa	
	N= Nutrition	
	D= diagnostiskt misstag	
Fb= Fördröjd behandling		

Kod för Miljö	M-av= Avfallshantering
	M-kem= Kemikaliehantering
	M-olj= Fett-/ oljeavskiljare, köldmediehantering
	M-f= Fordon, resor, transporter

Kod för Ohälsa/ olycka Tillbud/ allvarliga tillbud	P-a= Arbetstider, arbetsbelastn.	Kod för Fel Brist/ risk/ förbättring	F-F= Felanmälan Fastighet
	P-bs= Belastningsskada		F-IT= Felanmälan IT
	P-hv= Hot och våld		
	P-ps= Psykosociala faktorer		Fb-arb LM= Läkemedelshantering
	P-s= Smitta		Fb-arb SCH= Schemaläggning
			osv

Detaljlistmallen fylls i efter varje Gröna korset möte.

Exempel

Detaljlistmall, Gröna korset								
Datum	Typ av händelse (ange kod)	Färg	Beskrivning	Förbättrings-förslag?	AVR skrivs av (sign.)	Fel-anmälan görs av (sign.)	Till förbättrings-område (tex A3-rubrik)	Övrigt (tex direktåtgärd)
3 mars	L	Gul	Förväxlingsrisk, antibiotika med liknande namn placerade bredvid varandra	Markera utanpå kartongen med röd penna			Läkemedels-hantering	
3 mars	T	Röd	Trycksår grad 2, häl	Finns annan avlastningsmetod?	AB			
3 mars	N	Gul	Vår vanliga näringsdryck är slut, kommer inte förrän om 2 veckor	Ersättningsprodukt?				CD: Köket har likvärdigt alternativ
3 mars	F-F	Gul	Vägglampa lossnat, hänger löst i ett fäste. Risk att den lossnar ännu mer			EF		
3 mars	P	Orange	Halkade r/t att golvet var vått efter skurmaskinen, men gjorde sig inte illa den här gången	Går ngt ändra i maskinen? Annars sätta upp skylt, modell "trottoarpratare"	GH			EC ringer städchefen Komplettera med golv-mopp tv?

Månadssammanställning

Detta arbete kan med fördel hanteras under ett strategiskt möte, tex på träff med förbättrings-/ patientsäkerhetsteam.

Utifrån de händelser som finns på detaljlistan görs en kategorisering.

– Vilka händelser handlar om samma sak?

Varje kategori blir ett eget förbättringsområde.

När ni identifierat vilka förbättringsområden just er verksamhet har, registreras de i Månadslistan som en rubrik, tex Fall och fallskador.

För varje månad registreras antalet inträffade händelser inom varje ämnesområde. När de förbättringar som görs har bra effekt, kommer antalet händelser att minska över tid.

Exempel

Månadssammanställning, Gröna korset

Ange antal per händelsetyp, per allvarlighetsgrad och månad

Typ av händelse	Januari			Totalt	Februari		
	1	2	3		1	2	3
Ex blåsoverfyllnad	1	0	5	=6			
Ex trycksår	3	0	0	=3			

Antal blåsoverfyllnad per allvarlighetsgrad/färg

Antal blåsoverfyllnad, oavsett allvarlighetsgrad/ färg

Antal händelser utifrån allvarlighetsgrad/ färg, oavsett typ

Summa (antal/ allvarlighetsgrad)	4	0	5	Totalt =9			

Totala antalet händelser under månaden, oavsett både typ och allvarlighetsgrad/ färg

Lokalt förbättrings-och patientsäkerhetsteam

Ett multiprofessionellt team som tex gör sammanställning över de brist-/förbättringsområden som uppmärksammas från alla tillgängliga källor, tex från Gröna Korset-mötet, avvikelserapporter, egenkontroller, PPM-mätningar, kvalitetsregister mm.

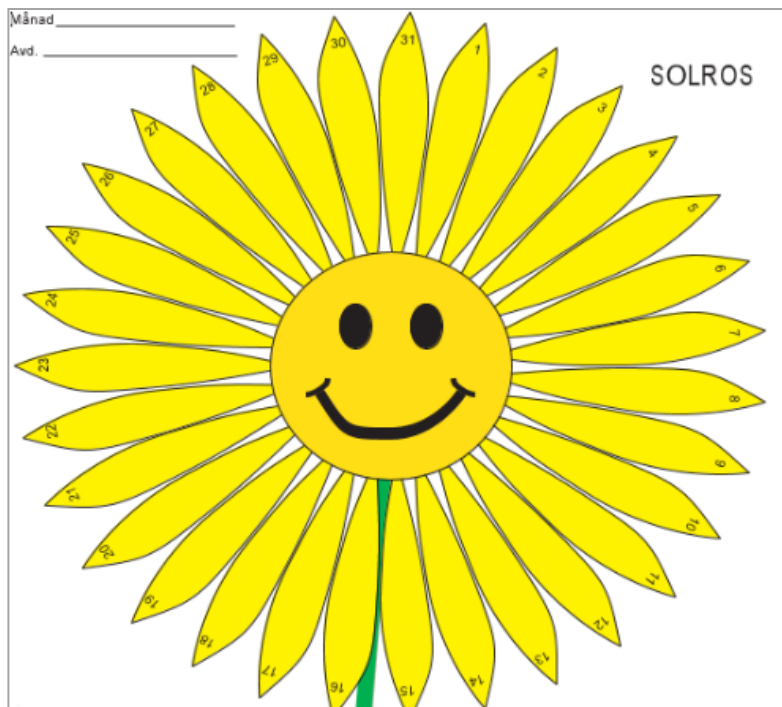
Teamets uppgift är bland annat att prioritera vilka åtgärdsförslag som ska utföras och i vilken ordning. Ett tips är att göra ett mindre antal kvalitets-/förbättringsarbeten färdiga, än att starta för många samtidigt.

I teamet deltar de personer/ funktioner som behövs utifrån det ämnesområdet man arbetar med. Dvs det kommer att vara olika personer som deltar över tid.

Solros

Att enbart prata om händelser som gått fel påverkar inte kvalitét och säkerhet lika mycket som när vi pratar om det som gått bra. Det räcker inte att bara göra mindre fel, utan vi måste även göra mera rätt. För att uppmärksamma det som gått bra har solrosen tagits fram.

Tanken med Solrosen är att den sätts upp bredvid Gröna korset. Varje solrosblad representerar en dag, och på bladet skrivs de positiva händelserna upp. En positiv händelse kan vara att en skada helt undvikits (eliminerad risk) eller begränsats (det kunde blivit värre, om inte ...)



Exempel

NN på sal 2 föll ur sängen i natt, men tack vare skyddsmattan nedanför sängen fick NN inte ens ett blåmärke.

Det var Sara som lade dit mattan efter att i inskrivningssamtalet identifierat en risk för fall.

Åtgärden med skyddsmattan gjorde att fallets allvarlighetsgrad begränsades till "hade kunnat medföra vårdskada".

Bra jobbat Sara!

Definitioner

Det som avviker	Något som inte är önskvärt. Det som avviker kan vara ett fel, en brist eller en uppmärksammas förbättringsmöjlighet. Det kan också vara något som avviker utifrån ett mål, indikator, mått eller rutin. Det som avviker kan även vara en händelse som medfört eller hade kunnat medföra skada/ vårdskada
Avvikelse-hantering	Att hantera oönskade händelser, det som avviker. På vilket sätt hanteringen sker, avgörs av händelsens allvarlighetsgrad.
Skada	Lidande, kroppslig/ psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar patient och <u>inte hade kunnat undvikas</u> Ibland förekommer benämningen "komplikation", även om detta begrepp inte är synonymt med "skada"
Vårdskada	Lidande, kroppslig/ psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar patient och <u>hade kunnat undvikas</u> , om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården
Allvarlig vårdskada	En vårdskada som är - bestående och inte ringa <i>eller</i> - har lett till att patienten avlidit <i>eller</i> - fått ett väsentligt ökat vårdbehov
Kvalitet	I vilken grad krav, behov och förväntningar uppfylls. Krav - från lagar, författningar, standarder, rutiner. Behov och förväntningar - från patient/ närstående/ personal samt från kunder/ samarbetspartners gällande texttyper, värderingar, bemötande, pålitlighet, tjänstvillighet osv
Kvalitet enligt God vård	Kvalitet inom hälso- och sjukvård beskrivs ofta utifrån de sex God vård-områdena. Inom varje område finns kvalitetsindikatorer att följa över tid samt kvalitetsmått/ målvärden som ska uppnås. 1) Kunskapsorienterad, Ändamålsenlig 2) Säker 3) Personcentrerad 4) Effektiv 5) Jämlig 6) ges inom Rimlig tid
Agera för säker vård	Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanens vision= <i>God och säker vård, överallt och alltid</i> samt dess mål= <i>Att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada</i>
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada
Negativ händelse	Samlingsbegrepp för flera olika avvikelsetyper (röda). Tex "Risk för allvarlig vårdskada" och "Allvarlig vårdskada". Dessa båda anmäls enl. lex Maria. Även "Medfört skada/ vårdskada" är en avvikelsetyp inom detta begrepp. Se exempel nedan
Händelse som medfört skada/ vårdskada	Ex: Ett oönskat händelseförlopp inleds (<i>sjuksköterska iordningsställer fel läkemedel</i>), fullföljs (<i>administration av fel läkemedel</i>) och är orsaken till att patient skadas (<i>får en läkemedelsreaktion av det felaktiga läkemedlet</i>)
Tillbud (vård)	Samlingsbegrepp för flera olika avvikelsetyper (orange). Tex "Hade kunnat medföra skada/ vårdskada". Se exempel nedan
Händelse som hade kunnat medföra skada/ vårdskada	Ex: Ett oönskat händelseförlopp inleds (<i>sjuksköterskan iordningsställer fel läkemedel</i>) men avbryts (<i>sjuksköterskan blir osäker, går tillbaka till läkemedelsrummet, upptäcker att hen tagit fel läkemedel, gör om och iordningsställer rätt läkemedel</i>). Patient kunde ha drabbats, om inledd felhändelse inte avbrutits.
Risk	Samlingsbegrepp för sådant som skulle kunna hända (gul), och där vi genom förebyggande åtgärder ser till att negativ händelse eller tillbud INTE inträffar. Se exempel nedan
Brist/ förbättringsmöjlighet	Ex: Ett oönskat händelseförlopp varken inleds, avbryts eller fullföljs. Inget händer patienten (<i>men sjuksköterskan konstaterar att det finns en risk för förväxling av två läkemedel när hen ser dem stå bredvid varandra i läkemedelsrummet och tar upp det som en uppmärksammas brist på Gröna korset-mötet</i>).
Tillbud (arbetsmiljö)	Samlingsbegrepp för oönskad händelse som kunnat leda till ohälsa eller olycksfall
Allvarligt tillbud	Samlingsbegrepp för oönskad händelse som kunnat leda till allvarlig ohälsa eller allvarligt olycksfall. Ska anmälas till arbetsmiljöverket
Ohälsa	Samlingsbegrepp för tex sjukdomar, stressreaktioner, belastningsbesvär relaterade till arbetsmiljö. Ska anmälas till arbetsmiljöverket
Olycksfall	Samlingsbegrepp för fysisk eller psykisk skada till följd av plötslig händelse på arbetsplatsen. Ska anmälas till arbetsmiljöverket



Referenser och länkar

[Agera för säker vård](#) – handlingsplan för ökad patientsäkerhet

[Patientsäkerhet och arbetsmiljö](#), rapport SKR

[Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete – handbok](#). Socialstyrelsen, juli 2019

[Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete](#), SHSFS 2011:9

[Att mäta för att veta](#), SKL 2008

[Guide–Kvalitetsregister som stöd i förbättringsarbete](#), Registercentrum i samverkan 2016

[Patientens övergångar](#), Framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som ökar patientsäkerheten, SKL 2017

Kort animerad film om [kvalitetsregister-baserat förbättringsarbete](#), RCC Norr, ca 4 min
(Om länken ovan inte fungerar kan du söka fram filmen på YouTube)

Rutin [54789](#), [55834](#), Beslut att alla relevanta verksamhetsområden i region Jämtland Härjedalen ska använda Gröna korset

Rutin [56795](#), Daglig mall (korset) för vård

Rutin [68695](#), Daglig mall (korset) för arbetsmiljö

Rutin [36109](#), Solros

Rutin [36874](#), Förbättringsblankett, händelseapp

Rutin [36108](#), Detaljlista

Rutin [36110](#), Månadssammanställning