Gröna Korset på SÄS

Sammanfattning

Gröna Korset är en evidensbaserad visuell och systematisk arbetsmetod för identifiering av vårdskada eller risk för vårdskada. Förbättringsåtgärder vidtas genom metoden ”Dagligt förbättringsarbete”. Syftet med metoden är att minimera vårdskador, säkerställa en god patientsäkerhetskultur, en bra arbetsmiljö samt minska kvalitetsbristkostnader. Gröna korset är en del av SÄS ledningssystem; det är en standard och ska användas av sjukhusets samtliga öppen- och slutenvårdsenheter och övriga verksamheter med patientkontakt. SÄS har en nollvision för vårdskador.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1
Förutsättningar 1
- SÄS patientsäkerhetskultur 2
- Ansvar 2
  - Verksamhetschef 2
  - Medarbetare 3
- Arbete med Gröna Korset 3

Genomförande 3
- Aktivitetssteg 1 – Identifiering 4
- Aktivitetssteg 2 – Allvarlighetsbedömning 4
- Aktivitetssteg 3 – Datainsamling 4
- Aktivitetssteg 4 – Avvikelseregistrering 5
- Aktivitetssteg 5 – Involvera patienten 5
- Aktivitetssteg 6 - Förbättringsåtgärder 5
- Aktivitetssteg 7 - Uppföljning och lärande 6

Dokumentinformation 6
Referensförteckning 7
Länkförteckning 7

Förutsättningar

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade **kunnat undvikas** om **adekvata åtgärder** vidtagits vid kontakt med hälso- och sjukvård [1].

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att

1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt
2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Patientsäkerhetslagen lyfter fram patientsäkerhetskulturen som en av de viktigaste faktorerna för en säker vård.

I samband med forskning av Gröna korset vid sjukhuset, där även publikationer genomförts [2, 3], finns nu även beforskad evidens för att metoden styrker;

- Positiv effekt på patientsäkerhetskultur samt ökad vilja till att rapportera avvikelser gällande vårdskador.
- Medarbetarna ges möjlighet att delta i systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Förutsättningar för dialog och tillit utvecklas vilket i sin tur leder till ökad riskmedvetenhet gällande patientsäkerhet.

SÄS patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturen kan beskrivas som den värdegrund (värderingar och uppfattningar) eller det beteende samt förhållningssätt som verksamheter på Södra Älvsborgs Sjukhus har till sina patienter och till de risker som kan uppstå inom den egna verksamheten.

En god patientsäkerhetskultur kännetecknas av att medarbetare är medvetna om risker, rapporterar avvikelser samt vidtar åtgärder för att förebygga eller förhindra upprepning av negativ händelse. Istället för att leta ”syndabockar” innebär det att ha öppna tvärprofessionella dialoger, där åtgärder vidtas på systemnivå gällande patientsäkerhetsrisker.

Med en bra säkerhets- och patientsäkerhetskultur kan man uppnå en säker och trygg miljö för våra patienter, närstående samt medarbetare på SÄS.

Ansvar

Verksamhetschef

- Ansvarar för ett effektivt och förebyggande patientsäkerhetsarbete samt upprättat ledningssystem för avvikelsehantering, Gröna Korset och dagligt förbättringsarbete.
- Skapar förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska kvalitets, förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet.

- Ser medarbetares, patienters och närståendes erfarenheter som en viktig del i kvalitetsarbetet. Erfarenheter och synpunkter tas tillvara och ligger till grund för att utveckla säkra arbetssätt och vidareutveckla vården.

Medarbetare

- Alla medarbetare har en skyldighet att bidra till att patientsäkerheten utvecklas och behålls genom att delta i patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.
- Medarbetare har skyldighet att påtala brister och risker när dessa upptäcks, dokumentera dem, reflektera över dem samt upprätta åtgärder som minskar eller begränsar skador.
- Tillsammans med alla medarbetare vid sjukhuset verka för en god patientsäkerhetskultur.

Arbete med Gröna Korset

Viktiga förutsättningar för att arbeta med Gröna Korset är att:

- Chefer förstår vikten av att vara ledare och ”bärare” av patientsäkerhetsarbete, patientsäkerhetskultur samt dagligt förbättringsarbete.
- Chefer tillgodoser kompetens inom området och förmedlar varje medarbetares eget ansvar.
- Att tid avsätts systematiskt och minst en gång dagligen för identifiering av risk eller vårdskada.
- Metoden används i sin helhet (alla sju aktivitetssteg) enligt metodbeskrivning.
- Dagligt förbättringsarbete (alla aktivitetssteg) är infört på enheten.
- Det finns god kunskap om definitionen på vårdskada.
- Styrtavla för uppföljning finns där utfall av risker och vårdskador (månadssammanställning) samt effekter av åtgärder följs upp. Med syfte att eliminera att liknande risker/vårdskador händer igen, säkra arbetsmiljön för medarbetare samt minska kvaitetsbristkostnader .

Genomförande

Gröna korset består av sju olika aktivitetssteg. Det första steget, dialogen kring misstänkta vårdskador, ska genomföras minst en gång per dag och bör ta mellan 5-10 minuter.

Målet är att mötet sker i den tvärprofessionella grupp som möter patienten på en vårdenhet, mottagning, operationsenhet, röntgenenhet eller annan verksamhet med patientkontakt. I vissa fall är detta svårt att genomföra och kan då ske i en speciell grupp av medarbetare, exempelvis läkare utan fast vårdenhet. Även dessa bör, när så är möjligt, delta i den tvärprofessionella

gruppens möten. Även studenter, tillfälliga medarbetare och paramedicinare bör delta.

Samtliga mallar och dokumentationsmaterial återfinns på webbsidan för patientsäkerhet.

Nedanstående beskrivning utgår från en vårdavdelning men kan lätt anpassas till övriga verksamheter.

Aktivitetssteg 1 – Identifiering

Identifiering av risk för negativ händelse eller vårdskada.

- Minst en gång per dygn ska frågan ställas: Har det funnits risk för vårdskada eller har en vårdskada inträffat?
- Mötestid väljs när det passar enheten bäst och när den tvärprofessionella sammansättningen av medarbetare är som störst.
- Varje arbetslag över dygnet vidarebefordrar information om eventuella risker eller vårdskador, som uppstått under arbetspasset, för att vara en del av diskussionen under dagen.
- Verksamheten kan välja att ha ett möte efter varje arbetspass vid 24-timmars vård.
- Identifierad risk eller vårdskada ska kunna härledas till enskild patient eller händelse.
- Initial identifiering av vårdskada kan vara svårt i samband med t.ex. medicinska komplikationer. Markera komplikationen, utred undvikbarheten och efterregistrera eventuell identifierad vårdskada.

Aktivitetssteg 2 – Allvarlighetsbedömning

Allvarlighetsbedömning av händelsen görs under mötestillfället i den tvärprofessionella arbetsgruppen enligt färgkoder nedan.

- Grön; Ingen risk eller vårdskada är identifierad under dygnet eller arbetspasset.
- Gul: Risk för att vårdskada kunnat inträffa.
- Orange; Vårdskada har inträffat.
- Röd; Allvarlig vårdskada har inträffat (Lex Maria).

Identifierad risk eller vårdskada visualiseras på ”Grundmall för Gröna Korset”.

Aktivitetssteg 3 – Datainsamling

Samla in fakta och beskriv händelsen.

- Under pågående möte utses någon i arbetsgruppen att dokumentera i ”Detaljlistmallen”. Där anges datum, typ av risk eller vårdskada, färgkod, kort beskrivning av händelsen, vem som inhämtar förbättringsförslag från

patient, närstående eller vårdnadshavare, samt vem som ska skriva avvikelse i MedControl PRO, när det är aktuellt.

- ”Detaljlistmallen” används som underlag för att sammanställa innevarande månadens utfall gällande risker och vårdskador med tillhörande allvarlighetsbedömning.

Aktivitetssteg 4 – Avvikelseregistrering

Registrera risk eller vårdskada enligt riktlinje Avvikelsehantering SÄS.

- Utsedd medarbetare skriver avvikelseregistrering i MedControl PRO samma dag innan arbetsdagens slut.
- Den som skriver avvikelsen signerar vid sitt namn på detaljlistmallen när det är klart och anger ärendenumret (AV-numret) i MedControl PRO för att möjliggöra uppföljning och spårbarhet.
- Vårdenhetschef ska om möjligt ge utsedd medarbetare avsatt tid för att skriva avvikelsen.
- Vårdenhetschef är ansvarig att dagen efter följa upp att avvikelsen är skriven samt signerad på ”Detaljlistmallen”.
- Vid vårdskada ska alltid händelseanalys övervägas och som regel alltid initieras vid röd färgkodning. Se också aktivitetssteg 6 om information till patienten m.m.

De följande stegen dokumenteras i MedControl PRO enligt riktlinje Avvikelsehantering SÄS.

Aktivitetssteg 5 – Involvera patienten

Involvera patienter, närstående eller vårdnadshavare i patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet; uppmana dem att medverka och inkomma med förbättringsförslag.

- Vid varje händelse med vårdskada (orange eller röd) ska förbättringsförslag inhämtas av patient, närstående eller vårdnadshavare.
- Den som inhämtat förbättringsförslag signerar på avsedd plats i ”Detaljlistmallen”.

  Dokumentation sker på förbättringslapp som sedan blir en del i enhetens förbättringsarbete. Se aktivitetssteg 6.

Aktivitetssteg 6 - Förbättringsåtgärder

Inbegriper orsaksutredning, initiering och genomförande av förbättrings-åtgärder enligt PDSA-modell.

Akuta åtgärder vidtas omedelbart såsom: snabbt medicinskt omhändertagande av patient, akuta förbättringsåtgärder, information om vårdskada och patientens rättigheter samt dokumentation i journal. Se riktlinje Avvikelsehantering SÄS.

- Den registrerade avvikelsen, den identifierade risken eller vårdskadan, åtgärdas sedan enligt PDSA i det dagliga förbättringsarbetet.
- Långsiktigt förbättringsarbete bör initieras inom de områden där enheten identifierat ett större utfall av risker eller vårdskador, eller trender till ökade negativa händelser utifrån månadssammanställningar.
- Etablera arbetsgrupper med representation från olika verksamheter eller enheter, där gemensamt identifierade frekventa risker och negativa händelser inträffar. Initiera gemensamma förbättringsåtgärder.
- Förbättringsförslag gällande arbetsmiljö, strul, etiska frågor m.m. som uppkommer vid det dagliga avstämningsmötet omhändertas också i det dagliga förbättringsarbetet, i Gröna eller Solrosen utan att generera färgkodning i Gröna korset.
- Dagligt förbättringsarbete sker enligt sjukhusets rutiner och riktlinjer, se webbsida.

Aktivitetssteg 7 - Uppföljning och lärande

- ”Detaljlistmallen” ska minst en gång per månad sammanställas enligt excel-fil ”Sammanställningsmall”.
- Minst en gång per månad ska utfall av sammanställningen gällande risker och vårdskador diskuteras på APT och i klinikledning med syfte att utvärdera åtgärder samt skapa lärande.
- Sammanställningsmallen ska finnas tillgänglig på klinikledningens och enhetens styrtavla.
- Gröna Korset kommer att följas upp sjukhusövergripande genom kommande patientsäkerhetskulturmätningar, avvikelsehanteringssystemet samt effekterna av de vidtagna åtgärderna i det dagliga förbättringsarbetet.
- Sprid bra ideér och genomförda förbättringsåtgärder till andra enheter och verksamheter.

Dokumentinformation

För innehållet svarar
Katherina Hansson, patientsäkerhetsstrateg, SÄS
Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Remissinstanser
Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av
Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord
Gröna Korset, minimera vårdskador, identifiera vårdskador, patientsäkerhetskultur, dagligt förbättringsarbete, arbetssätt, avvikelser, forskning

Referensförteckning

1. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Svensk författningssamling. www.riksdagen.se under rubrik *Dokument & lagar*
2. Enabling patient safety awareness using the Green Cross method: A qualitative description of users' experience. J Clin Nurs. 2021 Mar;30 (5-6):830-839. doi: 10.1111/jocn.15626. Epub 2021 Jan 17.
   Anneli Schwarz PhD, SLP, Research manager1; Stina Isaksson PhD, RN, Head of Research1; Ulrika Källman PhD, RN, Research and development manager1,2; Marie Rusner PhD, RN, Head of Research, Education and Innovation1,3
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33372328
3. Evaluation of the Green Cross Method Regarding Patient Safety Culture and Incidence Reporting. J Patient Saf. 2022 Jan 1;18 (1):e18-e25. doi: 10.1097/PTS.0000000000000685.
   Ulrika Källman, PhD, RN,*† Marie Rusner, PhD, RN,*‡ Anneli Schwarz, PhD, SLP,*Sophia Nordström, BA, RN,† and Stina Isaksson, PhD, RN*
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34951607

Länkförteckning

- Mallar och dokumentationsmaterial om Gröna Korset.
  https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/medicinska-omraden/patientsakerhet/patientsakerhetsmetoder/
- Avvikelsehantering SÄS. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS.
  https://hittadokument.vgregion.se/sas
- Mallar och dokumentationsmaterial om dagligt förbättringsarbete.
  https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/sodra-alvsborgs-sjukhus/vard/utveckling-kvalitet-och-uppfoljning/verktygslada-forbattringsarbete/dagligt-forbattringsarbete/