

Gröna korset - handbok

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | | |
|-------|----------------------------------------------------|----|
| 1.1 | Bakgrund | 3 |
| 1.2 | Processöversikt | 5 |
| 1.3 | Utbildningsmaterial | 5 |
| 1.4 | Gröna korset mötet | 6 |
| 1.5 | Ansvarsfördelning | 7 |
| 1.5.1 | Säker vård | 7 |
| 1.5.2 | Arbetsmiljö | 7 |
| 1.6 | Metodbeskrivning | 8 |
| 1.7 | Detaljlista | 11 |
| 1.8 | Månadssammanställning | 12 |
| 1.9 | Systematiskt kvalitetsarbete | 13 |
| 1.9.1 | Lokalt förbättrings-och patientsäkerhetsteam | 13 |
| 1.9.2 | Områdeskommitté | 13 |
| 1.10 | Solroshändelse | 14 |
| 1.11 | Definitioner | 15 |
| 1.12 | Referenser och länkar | 16 |

1.1 Bakgrund

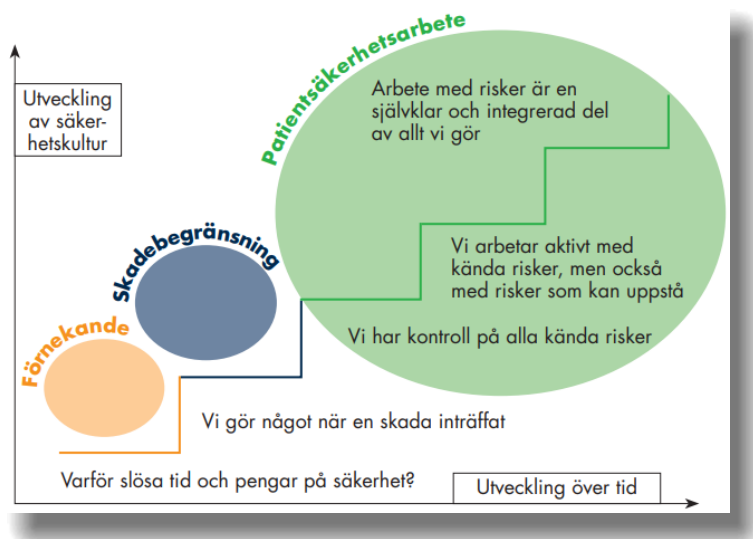
I nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård - beskrivs hälso- och sjukvård som ett komplext system i ständig förändring där riskerna är många och varierande.

Ett aktivt säkerhetsarbete är i ett sådant system avgörande.

Att mäta och hantera 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 behövs även fokus på god arbetsmiljö samt ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete 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 tre områden (patientsäkerhet, arbetsmiljö, systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete) 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 patientsäkerhet, arbetsmiljö och kvalitet utifrån perspektiven frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

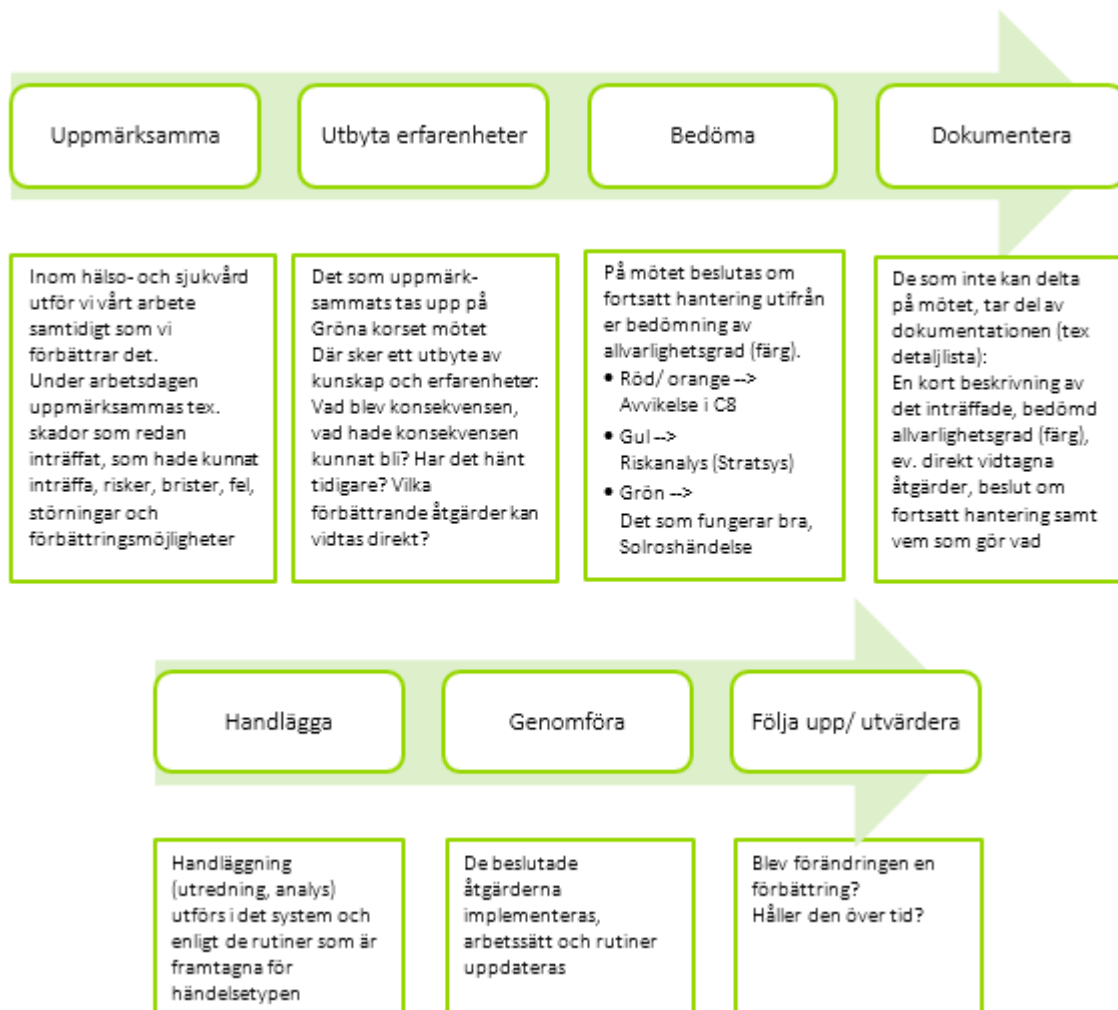
Genom avstämning i teamet/ arbetsgruppen hanteras både inträffade skador (patient, medarbetare) och negativa följd effekter minimeras genom omedelbara åtgärder samt strukturerade stödsatser.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet utgör grunden för en hälsofrämjande arbetsplats med aktiviteter som förebygger ohälsa och olycksfall samt skapar en tillfredställande arbetsmiljö i övrigt.

Förmågan att förutse variationer och störningar i nutid, kommer att utvecklas över tid liksom förmågan att agera och situationsanpassa verksamheten utifrån dessa störningar så att skador (patient, medarbetare) aldrig uppstår.

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

1.2 Processöversikt



1.3 Utbildningsmaterial

I region Jämtland Härjedalens Kompetensportal, finns en webbutbildning som tillsammans med denna handbok kan användas som stöd vid införande och användandet av Gröna korset.

Vid frågor kan Patientsäkerhetsenheten och HR kontaktas.

1.4 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 matchas ett befintligt möte med intentionerna i Gröna korset-mötet. Det kanske räcker att komplettera med visualisering med korset och solroshändelser?

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

En 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 förbättrings- och kvalitetsarbete, utvecklar vi en säkerhetskultur där säkra arbetssätt 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/ arbetsgruppen, alla yrkeskategorier.
En person utses till mötesledare med ansvar för att gruppen följer agendan 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 medarbetaregruppen. Vid de tillfälle när chef inte närvarar ska lokala rutiner följas. Se punk 1.4.2

Mötesregler

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

Input till mötet

Deltagarna tar med sina observationer/ de händelser som de uppmärksammat i sitt dagliga arbete.

Output från mötet

De observationer/ händelser 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

1.5 Ansvarsfördelning

1.5.1 Säker vård

Den som leder mötet ansvarar för att de ärenden som tas upp på mötet dokumenteras (händeslapp och/ eller detaljlista) samt att det under mötet utses personer som ska registrera de ärenden som ska utredas i ett specificerat IT-system (ex C8, Stratsys, Felanmälan).

Läs mer om [fördelning av ansvar för patientsäkerhetsarbete](#) i ledningssystemet (registrerings-nr 16346)

1.5.2 Arbetsmiljö

Chef ansvarar för att de arbetsmiljöärenden som tas upp på mötet, hanteras i enlighet med sitt arbetsmiljöansvar.

Den som leder mötet ansvarar för att de ärenden som tas upp på mötet dokumenteras (händeslapp och/ eller detaljlista) samt att det under mötet utses personer som ska registrera de ärenden som ska utredas i ett specificerat IT-system (ex C8, Stratsys, Felanmälan).

Läs mer om [fördelning av ansvar för arbetsmiljöuppgifter](#) i ledningssystemet (registrerings-nr 22822)

1.6 Metodbeskrivning

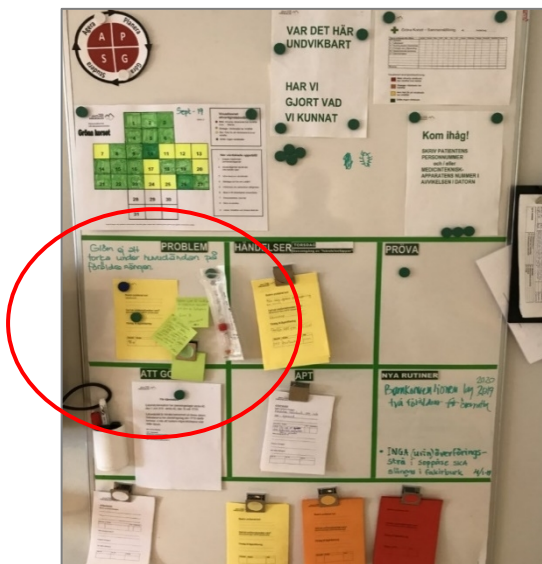
Gröna korset metoden innebär ett strukturerat arbetssätt i totalt sju steg, men alla steg kommer inte gås igenom vid varje Gröna Korset möte.

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 (patient, medarbetare) idag?
(*röd markering på datum*)
- Har vi upptäckt något som skulle kunnat medföra skada (patient, medarbetare), men inte gjorde det eftersom vi upptäckte det i tid, hann avbryta?
(*orange dag*)
- Har vi uppmärksammat några risker/ brister/ förbättringsmöjligheter i verksamheten (patientsäkerhet, arbetsmiljö eller annat område) idag?
(*gul markering på datum*)
- Vad har vi gjort bra idag? Nya lärdomar, erfarenheter eller friskfaktorer!
(*grön markering på datum och solroshändelse*)



De som inte har möjlighet* att delta på mötet 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 Händelselapp 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/ arbetsgruppen väljs allvarlighetsgrad utifrån färgkod (se exempel i tabell).

För tydlighetens skull kan man gärna visa resultat i två kors – ett för vård och ett för arbetsmiljö.

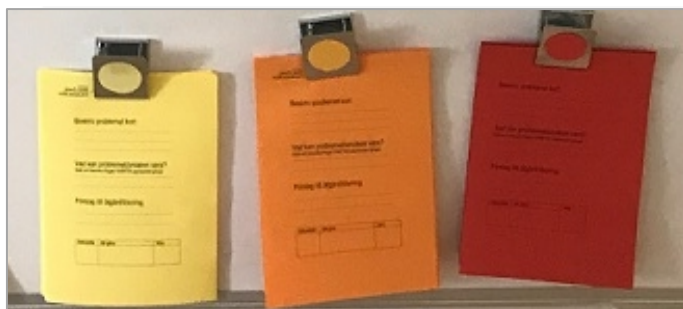
| Färgkod | Vårdhändelse | Arbetsmiljöhändelse |
|---------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Röd | Medfört skada/ vårdskada | Ohälsa, Sjukdom. Olycksfall |
| Orange | Hade kunnat medföra skada/ vårdskada | Allvarligt tillbud |
| Gul | Brist/ förbättringsmöjlighet, Risk | Tillbud, Risk |
| Grön | Nya lärdomar och erfarenheter, Ingen skada | Nya lärdomar och erfarenheter, Ingen skada, Friskfaktor |

Exempel på vård- och arbetsmiljöhändelser finns under rubrik Definitioner i detta dokument. Exempel på händelser inom andra områden finns att läsa i ledningssystemet (registrerings-nr 75598).

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 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 händelsen gäller.

Den som leder mötet ställer även frågan om det direkt vidtagits åtgärder som förhindrade att en person (patient eller medarbetare) 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, eller åtgärder som helt förhindrat att något hände är det något positivt som bidragit till ökad patientsäkerhet, bättre arbetsmiljö och kvalitet.

Detta dokumenteras som en Solroshändelse (*se mer om Solroshändelse nedan*).

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

4. Avvikelserapportering?

Registrering av händelser ska göras i det IT-system som är anpassat för händelsetypen (om det finns, annars sker registrering endast på detalj-/ månadslista).

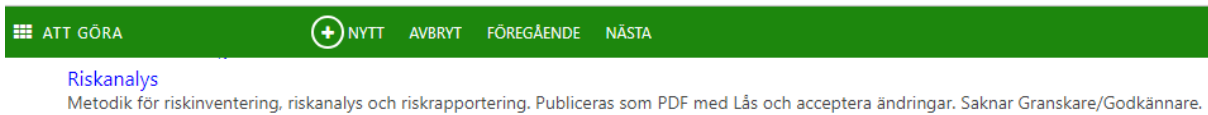
När deltagarna på mötet kommit fram till att det gäller en röd eller orange händelse – för patient eller medarbetare – ska ett avvikelseärende skrivas i Centuri 8 (C8).

Ett avvikelseärende skrivs i C8 eftersom utredning ska göras på individnivå, gällande den person (patient eller medarbetare) som drabbats/ hade kunnat drabbas av skada. I avvikelshanteringssystemet finns stöd för denna typ av utredning.

På mötet utser man den medarbetare som ska skriva avvikelseärendet. Det bör vara den/ de personer som var involverad i händelsen och avvikelseärende bör skrivas innan arbetsdagen är slut men inte senare än efter 72 timmar.

Om avvikelseärendet skrivs vid en senare tidpunkt beslutas detta i samråd med närmsta chef.

När arbetsgruppen kommit fram till att det gäller en gul händelse, registreras och hanteras det ärendet enligt rutin för Riskanalys (Stratsys). Alternativt genom att välja dokumentmallen för Riskanalys i Ledningssystemet (skapa nytt dokument, välj mall, publicera i Centuri 9).



5. Patient/ närstående involveras, görs delaktiga i utredning

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

6. Förbättrande åtgärder

Det som uppmärksammas som avvikande i det dagliga arbetet ska åtgärdas. Åtgärderna ska leda till förbättringar, till ökad säkerhet och kvalitet.

a) Exempel på förbättrande åtgärder inom vård är:

- Direkt vid upptäckt, ex. att sätta in hälavlastning vid risk för tryckskada på sängliggande patient
- Planering enligt ett schema, ex. vändning var 3:e timma
- Utifrån månadssammanställningar sätts långsiktiga åtgärder in utifrån de orsaksområden som identifierats, ex. byta till bättre madrasser i alla vårdsängar.

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

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 i verksamheten? Hade de önskvärd effekt? Detta arbete kan med fördel hanteras under ett strategiskt möte, tex med områdets förbättrings-/ patientsäkerhetsteam eller på områdesledning.

För mer information om [förbättrings- och patientsäkerhetsarbete i team](#) hänvisas till ledningssystemet (registrerings-nr 55835). Se även punkt 1.8.

1.7 Detaljlista

De händelser som tas upp på mötet ska dokumenteras för spårbarhet över tid och för att även de medarbetare som inte kunde delta på mötet ska kunna ta del av de händelser som diskuterats.

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

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

| | | | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| Kod för Skada-/ vårdskada | B= Blåsöverfyllnad | T= Trycksår | Kod för Miljö | M-av= Avfallshantering |
| | F= Fall | VRI= Vårdrelaterad infektion | | M-kem= Kemikaliehantering |
| | L= Läkemedel | | | M-olj= Fett-/ oljeavskiljare, köldmediehantering |
| | M= Munhälsa | | | M-f= Fordon, resor, transporter |
| | N= Nutrition | | | |
| | D= diagnostiskt misstag | | | |
| Fb= Fördröjd behandling | | | | |
| Kod för Ohälsa/ olycka Tillbud/ allvarliga tillbud | P-a= Arbetstider, arbetsbelastn. | Kod för Fel | F-F= Felanmälan Fastighet | |
| | P-bs= Belastningsskada | | F-IT= Felanmälan IT | |
| | P-hv= Hot och våld | | | |
| | P-ps= Psykosociala faktorer | | | |
| | P-s= Smitta | | | |
| | | Brist/ risk/ förbättring | Fb-arb LM= Läkemedelshantering | |
| | | | Fb-arb SCH= Schemaläggning | |
| | | | OSV | |

Detaljlistmallen fylls i efter varje Gröna korset möte (se exempel nästa sida).

Exempel

Detaljlistmall, Gröna korset

| Datum | Typ av händelse (kod eller fulltext) | Färg | Beskrivning | Direktåtgärd? | Förslag på förbättrande åtgärd? | AVR skrivs av (signatur) | Felanmälan görs av (signatur) | Risk registreras av (signatur) | Till nytt eller pågående förbättrings-/ patientsäkerhetsarbete (övergripande rubrik) |
|------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Exempel | Läkemedel (L) | Gul | Förväxlingsrisk, antibiotika med liknande namn placerade bredvid varandra | Markerat utanpå kartongerna | Ändra placering i Im-rummet | - | - | EC | Läkemedels-hantering |
| Välj datum | Anges | Välj ett objekt | Beskriv | Beskriv | Beskriv | Anges | Anges | Anges | Anges |
| Välj datum | Anges | Välj ett objekt | Beskriv | Beskriv | Beskriv | Anges | Anges | Anges | Anges |
| Välj datum | Anges | Välj ett objekt | Beskriv | Beskriv | Beskriv | Anges | Anges | Anges | Anges |

1.8 Månadssammanställning

Analys kan med fördel utföras under ett strategiskt möte, tex på träff med förbättrings-/ patientsäkerhetsteam eller på en områdesledning.

Utifrån de händelser som finns på detaljlistan görs en kategorisering – vilka händelser handlar om samma sak? Varje kategori hanteras som ett eget förbättringsområde.

När ni identifierat vilka förbättringsområden just er verksamhet har, registreras de i Månadslistan som en rubrik, tex *Fall och fallskador* (patient) eller *Arbetsbelastning* (medarbetare) eller *Läkemedelshantering*.

För varje månad registreras det sammanlagda antalet inträffade händelser inom varje ämnesområde. När de förbättrande åtgärder som görs har bra effekt, kommer antalet händelser inom det ämnesområdet att minska över tid.

Exempel

Månadssammanställning, Gröna korset

Ange antal per händelsetyp, per allvarlighetsgrad och

| Typ av händelse | Januari | | | Febru |
|-----------------------------------------|----------|----------|----------|-----------------|
| Ex blåsoverfyllnad | 1 | 0 | 5 | =6 |
| Ex trycksår | 3 | 0 | 0 | =3 |
| | | | | |
| Summa (antal/ allvarlighetsgrad) | 4 | 0 | 5 | Total =9 |

Antal blåsoverfyllnad per allvarlighetsgrad/färg

Antal blåsoverfyllnad, oavsett allvarlighetsgrad/ färg

Antal händelser utifrån allvarlighetsgrad/ färg, oavsett typ

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

1.9 Systematiskt kvalitetsarbete

Det systematiska kvalitetsarbetet regleras i SOSFS 2011:9.
Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete sker enligt HSLF-FS 2017:40.

1.9.1 Lokalt förbättrings-och patientsäkerhetsteam

Detta är ett multiprofessionellt team som gör sammanställning över de skade-, brist- eller förbättringsområden som uppmärksammas från alla tillgängliga källor. Några exempel på källor är Gröna Korset-mötet, avvikelserapporter, egenkontroller, PPM-mätningar, kvalitetsregister mm.

Teamets uppgift är bland annat att prioritera vilka förslag på förbättrande åtgärder som ska utföras och i vilken ordning. Ett tips är att börja med ett mindre antal kvalitets-/förbättringsarbeten och slutföra dem, än att starta för många samtidigt.

I teamet deltar de personer/ funktioner som behövs utifrån det ämnesområdet man för tillfället arbetar med. Dvs det kommer att vara olika personer som deltar i teamet sett över tid. Läs mer i ledningssystemet om [förbättrings- och patientsäkerhetsarbete i team](#) (registrerings-nr 55835)

1.9.2 Områdeskommitté

Enligt chefs arbetsmiljöansvar. Se även punkt 1.4.2

1.10 Solroshändelse

Att enbart prata om händelser som gått fel påverkar inte kvalitet 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. Solros-konceptet används för att uppmärksamma allt det som går bra under en arbetsdag.

Solroshändelser registreras på den affisch – Solrosfältet - som sätts upp bredvid Gröna korset. Skriv direkt på affischen eller placera en post-it lapp på den. En positiv händelse kan vara att en skada (patient, medarbetare) helt och hållet undvikits (eliminerad risk) eller begränsats (det kunde blivit värre, om inte ...)

En positiv händelse kan även vara de friskfaktorer som identifierats i arbetsmiljöarbetet.

MÅNAD: _____

AVDELNING: _____

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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 ökad risk för fall.

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

Bra jobbat Sara!

1.11 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 |
| Avvikelsehantering | Att hantera oönskade händelser, det som avviker. På vilket sätt hanteringen sker, avgörs av händelsens allvarlighetsgrad, dess konsekvenser. |
| 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". Se Socialstyrelsens termbank. |
| 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/ medarbetare samt från kunder/ samarbetspartners gällande tex attityder, 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 (vård) | 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 (vård) | 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>). |

| | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negativ händelse (arbetsmiljö) | Samlingsbegrepp för flera olika avvikelsetyper (röda). Se exempel nedan |
| - Ohälsa | Ex: sjukdomar, stressreaktioner, belastningsbesvär relaterade till arbetsmiljö. Tex hot, utsläpp av gas eller kemikalier, konflikt på arbetsplatsen. Ska anmälas till arbetsmiljöverket |
| - Olycksfall | Ex: fysisk eller psykisk skada till följd av plötslig händelse på arbetsplatsen, tex fallolyckor. Ska anmälas till arbetsmiljöverket |
| Tillbud (arbetsmiljö) | Samlingsbegrepp för flera olika avvikelsetyper (orange). Tex händelser som skulle kunna ha lett till ohälsa eller olycksfall. Skillnaden mellan tillbud och allvarligt tillbud är allvarlighetsgraden på den konsekvens/ skada som skulle kunnat inträffa Se exempel nedan |
| - Tillbud | Ex: Ett fall från lägre höjd utan skada, ett verbalt hot där ingen kommer till skada |
| - Allvarligt tillbud | Ex: Ett fall från högre höjd utan skada, ett hot med vapen utan att någon kommer till skada. Ska anmälas till arbetsmiljöverket |
| Risk (arbetsmiljö) | Samlingsbegrepp där inget händer medarbetaren, men det finns en risk för att negativ händelse eller tillbud enligt ovan hade kunnat inträffa Skillnaden mellan risk och allvarlig risk är allvarlighetsgraden på den konsekvens som skulle kunnat inträffa Se exempel nedan |
| - Risk | Ex: Nödutgång är blockerad med material som kan flyttas av en person, tidspress under kortare del av arbetspasset |
| - Allvarlig risk | Ex: Nödutgång är blockerad med material som endast kan flyttas med hjälp av en maskin, tidspress under större del av arbetspasset |

1.12 Referenser och länkar

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

[Patientsäkerhet och arbetsmiljö](#), rapport SKR, 2020

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

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

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

[Att mäta för att veta](#), SKL 2008

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

Kort animerad film om [kvalitetsregister-baserat förbättringsarbete](#), RCC Norr, ca 4 min
(Om länken ovan inte fungerar i din webbläsare 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 31 dagar

Rutin [79070](#), Gröna korset 52 veckomall (arbetsmiljö och vård)

Rutin [78744](#), Daglig mall (korset) för arbetsmiljö

Rutin [75599](#), Solros affisch

Rutin [36874](#), Förbättringsblankett, Händelselapp

Rutin [36108](#), Detaljlista

Rutin [36110](#), Månadssammanställning

Rutin [75598](#), Gröna korset - bedömning av allvarlighetsgrad inom specifika områden

Rutin [16346](#), Fördelning av ansvar för patientsäkerhetsarbete

Rutin [22822](#), Ansvar för arbetsmiljöarbete

Rutin [52496](#), Info till dig som medarbetare gällande arbetsskador och tillbud