

Livsviktigt lärande

Ett kunskaps- och beslutsunderlag för det fortsatta arbetet med att utveckla utbildning och fortbildning inom patientsäkerhet



Livsviktigt lärande

Ett kunskaps- och beslutsunderlag för det fortsatta arbetet med att utveckla utbildning och fortbildning inom patientsäkerhet

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-12-7677

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2021

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under 2020-2024 ansvara för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Myndigheten har i handlingsplanen och i tidigare rapporter, bland andra rapporten *Patientsäkerhet i vårdutbildningar* från 2020, beskrivit behovet av att utveckla och stärka utbildning och fortbildning i patientsäkerhet.

I denna rapport sammanfattas en underlagsrapport som syftat till att undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s internationella curriculum för patientsäkerhet. I denna rapport redovisar myndigheten också en bedömning av behovet av ett svenskt nationellt curriculum för patientsäkerhet och lämnar förslag på hur arbetet med att utveckla och implementera ett sådant curriculum kan genomföras.

Rapporten är tänkt att utgöra ett kunskaps- och beslutsunderlag till stöd för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå att utveckla utbildning och fortbildning inom patientsäkerhetsområdet.

Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till rapporten. Rapporten har utarbetats av medicinskt sakkunnig Christian Danielsson. Ansvarig enhetschef har varit Jonas Bergström.

Thomas Lindén
Avdelningschef
Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Behov av att stärka utbildning i patientsäkerhet	8
Uppdrag till expertgrupp: undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet	8
Föreliggande rapport	9
Sammanfattning av analysen av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. 10	
Innehåll och disposition	10
Beskrivning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet	11
Bedömning av kunskapsinnehållet	11
Bedömning av det pedagogiska innehållet	12
Underlagsrapportens slutsatser och rekommendationer	13
Socialstyrelsens bedömning av behovet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet	18
Underlagsrapportens slutsatser och rekommendationer	18
Socialstyrelsens bedömning	18
Förslag på nästa steg	19
Referenser	22
Bilaga 1. Underlagsrapport Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet	23

Sammanfattning

Det finns ett stort behov av att stärka kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Att ta fram och implementera ett nationellt curriculum för patientsäkerhet har lyfts som ett potentiellt kraftfullt verktyg för att stärka utbildning inom patientsäkerhet.

Som ett led i Socialstyrelsens arbete utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet gav myndigheten en grupp experter inom patientsäkerhet uppdraget att genomföra en analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet från 2011. Syftet med analysen var att undersöka möjligheten till en svensk anpassning. I denna rapport sammanfattas experternas underlagsrapport. Socialstyrelsen redovisar dessutom sin bedömning och lämnar förslag på nästa steg arbetet med att ta fram och implementera ett nationellt curriculum.

Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att det tas fram ett svenskt curriculum för patientsäkerhet som syftar till att göra vården mer säker genom att stärka utbildning på alla nivåer. Ett nationellt curriculum kan bidra till att skapa en helhetssyn på patientsäkerhet som kunskapsområde och utgöra viktig vägledning och stöd till alla som beslutar om, utformar och genomför utbildning i patientsäkerhet, genom att möjliggöra en samsyn kring vilka lärandemål olika målgrupper behöver nå under sin grund- och fortbildning. Ett curriculum kan också fylla en viktig funktion i att synliggöra kunskaps- och kompetensbehov för målgrupper som kanske annars inte prioriteras för utbildningsinsatser.

Ett nationellt curriculum för patientsäkerhet behöver utgå från det aktuella kunskapsläget och en svensk kontext. WHO:s curriculum bedöms därför inte som tillräckligt som utgångspunkt i framtagandet av ett svenskt curriculum.

Ett nationellt arbete med att utveckla ett curriculum behöver beakta många aktörers intressen och ställer stora krav på nationell samordning och tydlig rollfördelning för att bli framgångsrikt. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag i tre steg för arbetet att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet.



För att skapa kraft och goda förutsättningar i arbetet föreslås att Socialstyrelsen leder förstudien (steg 1), berörda lärosäten leder arbetet med att ta fram teoretiskt och pedagogiskt innehåll i curriculum (steg 2) och att berörda lärosäten, i samverkan med kommuner och regioner, leder test och implementering av nationellt curriculum för patientsäkerhet (steg 3).

Inledning

Behov av att stärka utbildning i patientsäkerhet

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. I syfte att stötta och påskynda universitet och skolor som bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att bygga upp och integrera patientsäkerhet i befintliga läroplaner tog Världshälsoorganisationen (WHO) år 2011 fram ett multiprofessionellt curriculum för patientsäkerhet [1]. Utbildning av sjukvårdens medarbetare är också ett strategiskt mål i WHO:s globala handlingsplan för patientsäkerhet 2021–2030 [2].

I Sverige är patientsäkerhet en del av utbildningar på olika nivåer till olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Behovet av att stärka utbildning i patientsäkerhet har bland annat belysts av Socialstyrelsen i analyser av patientsäkerhet i vårdutbildningar 2014 och 2020 [3]. Behovet lyfts också särskilt i Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024 - Agera för säker vård [4], där kunskap och kompetens utgör en av fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård.

Att ta fram och implementera ett nationellt curriculum för patientsäkerhet, i likhet med WHO:s internationella curriculum, har lyfts som ett potentiellt kraftfullt verktyg för att stärka utbildning inom patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården. I den nationella handlingsplanen riktas därför flera nationella åtgärder mot att öka kunskap och kompetens i patientsäkerhet. Bland andra åtgärderna att ”Verka för ett ökat fokus på patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdens grund- och specialistutbildningar” och ”Ta del av och undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet”.

Uppdrag till expertgrupp: undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet

Som ett led i Socialstyrelsens arbete utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet gav myndigheten en grupp experter inom patientsäkerhet uppdraget att genomföra en analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Expertgruppen bestod av akademiskt sakkunniga i patientsäkerhet verksamma vid lärosäten med pågående forskning och utbildning inom patientsäkerhet. Lumell Associates hade uppdraget att processleda arbetet.

Syftet med analysen var att undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet och att utifrån analysen lämna

beslutsunderlag till det fortsatta arbetet med att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet. Uppdraget till expertgruppen att analysera WHO:s curriculum för patientsäkerhet bestod i att

- beskriva WHO:s curriculum för patientsäkerhet,
- bedöma innehållets relevans i en svensk kontext och anpassningsbehov,
- genom slutsatser och rekommendationer ge ett beslutsunderlag för det fortsatta arbetet.

Expertgruppen slutredovisade sitt uppdrag 14 april 2021 när Socialstyrelsen tog emot underlagsrapporten *Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet* (bilaga). En muntlig presentation av arbetet genomfördes också under april.

Föreliggande rapport

Rapportens disposition

I denna rapport sammanfattas underlagsrapporten *Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet*. Socialstyrelsen redovisar dessutom sin bedömning av underlagsrapportens slutsatser och rekommendationer samt lämnar förslag på nästa steg arbetet med att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet.

Syfte och målgrupp

Syftet med rapporten är att:

- redovisa Socialstyrelsens bedömning av behovet av ett nationellt curriculum för patientsäkerhet,
- ge konkreta förslag för hur arbetet med att ta fram ett nationellt curriculum kan bedrivas

Rapporten riktar sig främst till berörda departement på regeringskansliet. Andra berörda målgrupper inkluderar lärosäten, berörda myndigheter, kommuner, regioner och akademiska experter inom patientsäkerhet.

Sammanfattning av analysen av WHO:s curriculum för patientsäkerhet

I detta avsnitt sammanfattas underlagsrapporten Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Bedömningar och slutsatser som beskrivs i detta avsnitt är rapportförfattarnas egna.

Innehåll och disposition

Rapporten belyser tre huvudområden

Övergripande beskrivning av WHO:s curriculum

Den övergripande beskrivningen av WHO:s curriculum beskriver syftet med WHO:s curriculum, hur det togs fram, vilka målgrupper det vänder sig till, hur det är avsett att användas samt dess omfattning och struktur.

Analys av kunskapsinnehåll

Analysen av kunskapsinnehåll syftar till att beskriva vilka kunskapsområden och vilken kunskap inom patientsäkerhet som tas upp i WHO:s curriculum. Vidare syftar analysen till att bedöma områdenas relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper, om viktig kunskap saknas, anpassningsbehov samt hur områdena kan stärka huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Analys pedagogiskt innehåll

Analysen av det pedagogiska innehållet syftar till att beskriva de delar av WHO:s curriculum som utgör vägledning och konkreta förslag för det pedagogiska arbetet med att lära ut ämnet patientsäkerhet. Analysen innefattar en beskrivning av den lärarhandbok som utgör den första delen av WHO:s curriculum samt de lärandemål, kunskapskrav, färdighetskrav och pedagogiska metoder och strategier som tas upp under respektive område i curriculum. Vidare innefattar även analysen av det pedagogiska innehållet en bedömning av innehållets relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper samt anpassningsbehov.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en övergripande beskrivning av WHO:s curriculum. I rapportens andra kapitel redovisas samlade bedömningar av kunskapsinnehåll och pedagogiskt innehåll i WHO:s curriculum. I tredje kapitlet redovisas arbetsgruppens slutsatser och rekommendationer för det fortsatta arbetet. I kapitel fyra och fem redovisas underlaget till de samlade bedömningarna genom separata beskrivningar och bedömningar av vart och ett av

de elva områden som ingår i WHO:s curriculum; först i kapitel fyra avseende kunskapsinnehåll och sedan i kapitel fem avseende pedagogiskt innehåll.

Beskrivning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet

WHO:s curriculum lanserades 2011 med syftet att stötta och påskynda arbetet hos universitet och skolor om bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att bygga upp och integrera patientsäkerhet i befintliga läroplaner. Curriculum består av två delar. Del A är en lärarhandbok som har utformats för att hjälpa lärare att genomföra läroplanen och del B innehåller ett omfattande områdesbaserat patientsäkerhetsprogram med elva områden/teman som kan implementeras antingen som helhet eller per område. Primära målgrupper är lärosäten som bedriver utbildningar för professioner inom hälso- och sjukvården.

Bedömning av kunskapsinnehållet

Analysen visar att WHO:s curriculum innehåller många relevanta och viktiga områden inom patientsäkerhet som kunskapsområde, men samtidigt att det finns viktiga områden som saknas, som är outvecklade eller som är svagt utvecklade ur ett teoretiskt perspektiv.

Övergripande bedömning av kunskapsinnehållet

WHO:s curriculum är ett omfattande dokument, som innehåller många relevanta och viktiga områden inom patientsäkerhet som kunskapsområde. WHO lyfter fram patientsäkerhet som en egen disciplin med egna metoder som vuxit fram tack vare tvärdisciplinär samverkan med andra discipliner. Det finns dock viktiga områden som saknas, som är outvecklade eller som är svagt utvecklade ur ett teoretiskt perspektiv. Vid återkommande tillfällen speglar innehållet en syn på risk och säkerhet som inte är uppdaterad med sådan kunskap i kunskapsområdet som varit känd och beskriven sedan 10–20 år. Även om curriculum på flera ställen skriver om vikten av en systemsyn beskrivs ofta den enskilde medarbetaren inom hälso- och sjukvården som den osäkra och felande länken i organisationen vilket kräver mer kontroll, utbildning och styrning på individnivå. Sjukvården har utvecklats betydligt sedan dokumentet publicerades, därför saknas beskrivning av risker och säkerhet i flera nu viktiga vårdmiljöer, som till exempel hemsjukvård och digitala vårdtjänster.

Sedan WHO:s curriculum publicerades har dessutom många delar av kunskapsområdet förändrats där ny forskning har utvecklat nya idéer, metoder och modeller. Detta gäller framför allt inom human factors, ledning/styrning av hälso- och sjukvård, alternativ utredningsmetodik efter avvikelser och alternativa modeller vid riskhantering. Även data som hänvisas till i de olika textavsnitten behöver generellt uppdateras och aktualiseras till nuvarande förhållanden.

Nya kunskapsområden har tillkommit efter publiceringen av WHO:s curriculum. Detta innefattar bland annat distinktionen mellan säkerhetsbegreppen Safety I och Safety II, resiliens, ingenjörsvetenskap, säkerhetskultur och de psykologiska aspekterna av organisationer som arbetar med avvikelsehanteringssystem.

Anpassningsbehov av områdena för olika målgrupper

Generellt är ett flertal områden, textavsnitt och kliniska exempel relevanta som en introduktion i patientsäkerhet för flera målgrupper; all hälso- och sjukvårdspersonal med högskoleutbildning och den närmaste ledningen samt i grundutbildningar till dessa professioner. En fördel vore dock om textavsnitt och exempel utvecklas för specifika målgrupper baserat på utbildningsnivå, profession eller chefsansvar. En sådan anpassning skulle kunna erbjuda relevant fördjupning och kunskap inom varje område för respektive målgrupp, exempelvis målgruppen sjuksköterskestudent, målgruppen yrkesverksam läkare eller målgruppen enhetschef.

Bedömning av det pedagogiska innehållet

Analysen visar att lärandemål, krav på studenter och pedagogiska metoder som föreslås behöver utvecklas för att vara relevanta i en svensk kontext.

WHO:s curriculum tar ett bredare grepp om generella aspekter av pedagogik och utbildning än vad som är relevant i svenska förhållanden

Den lärarhandledning som följer med WHO:s curriculum är relevant om den till exempel riktar sig till utbildare som inte har formell pedagogisk utbildning. Om man vill utveckla detta curriculum mot anställda inom hälso- och sjukvården, bör man till exempel överväga att sammanfatta några grundläggande pedagogiska grepp. Däremot, om läroplanen riktar sig till dem som arbetar med utbildning inom högskolan, så är den i viss mån överflödigt. De tips som ges på läraaktiviteter och hur olika områden kan illustreras kan vara av värde för lärare på såväl grund som vidareutbildningsnivå.

Lärandemål och krav på studenter behöver utvecklas för att vara relevanta i en svensk kontext

Lärandemål behöver anpassas till de övergripande lärandemål som gäller för de utbildningar där WHO:s curriculum är tänkt att integreras. Detta gäller såväl hur de formuleras för högskoleutbildning då anpassning till Millers pyramid [5] eller Blooms taxonomi [6] behöver göras; samt att progression av lärandemål beskrivs för studenter som kommit olika långt i sin utbildning. Dessutom behöver en vertikal och horisontell länkning göras till andra kurser som ges inom ramen för de olika programmen. Lärandemål för ”värderings-

förmåga och förhållningssätt” i enlighet med högskoleförordningens examensmål¹ i Sverige, saknas i WHO:s curriculum, och behöver kompletteras för samtliga kunskapsområden. Det innebär att för de flesta områden behöver lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav målgruppsanpassas. Med de förändringar som föreslås ovan har mål och krav som de är formulerade i WHO:s curriculum potential att fungera för akademiska utbildningar inom vårddyrken, och för utbildning som ges till ledningspersoner och professionella i vården med inflytande, med eller utan formellt ledningsansvar.

För flera områden behöver mål och krav också anpassas till uppdaterat kunskapsinnehåll. Inom många kunskapsområden, som till exempel ”Why applying human factors is important for patient safety” eller ”Improving medication safety” skulle lärandemålen behöva vara betydligt mer specifika. Det skulle underlätta integreringen i befintliga läroplaner som eventuellt redan täcker delar av det som ingår i dessa områden.

Pedagogiska metoder är ofta relevanta i relation till målen i WHO:s curriculum - men behöver anpassas till en svensk kontext

Såväl fallbeskrivningar som exempel från kliniska vardagssituationer behöver anpassas till en svensk kontext samt varieras och anpassas till målgruppen för att vara meningsfulla för studenter från olika professioner. Det är också viktigt att fallbeskrivningar som illustrerar de teoretiska begrepp som används speglar många olika delar av hälso- och sjukvården.

Mål, krav och metoder är anpassade till sjukvårdsutbildningar på högskolenivå och av mindre relevans för andra målgrupper

Mål och krav, läraaktiviteter och metoder, till exempel fallstudier och fältstudier, är i befintligt skick anpassade för medellånga vårdutbildningar på grundnivå. De är av mindre relevans för chefer, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare och personal i vidareutbildning eftersom mål/krav fokuserar på individnivå istället för systemnivå och eftersom kunskapsområden som har med ledningsansvar och säkerhetskultur att göra saknas.

Underlagsrapportens slutsatser och rekommendationer

Fokus för arbetsgruppens analys var på vilka sätt och i vilken utsträckning WHO:s curriculum skulle kunna vara relevant som underlag i framtagandet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet. Utifrån analysen har arbetsgruppen enats om sju slutsatser och rekommendationer för det fortsatta arbetet.

¹ Enligt högskoleförordningen i Sverige grupperas examensmålen in i mål för; ”kunskap och förståelse”, ”färdighet och förmåga” samt ”värderingsförmåga och förhållningssätt”

1. Det finns ett stort behov av ett curriculum för patientsäkerhet för att stärka säkerhet i svensk hälso- och sjukvård och omsorg

Arbetsgruppen ser ett stort behov av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet. Patientsäkerhet som disciplin är en kärnkompetens för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

Idag saknas konsensus bland befintliga utbildningar om vilka kunskapsområden, teorier, begrepp och metoder som patientsäkerhet som akademiskt ämne innefattar. Detsamma gäller för vilka kunskaps- och färdighetskrav i patientsäkerhet som behöver ställas på personal på olika nivåer och med olika befattningar. Arbetsgruppen ser att ett svenskt curriculum skulle kunna bidra till att möta behovet av en helhetssyn på patientsäkerhet som unikt kunskapsområde (eller egen disciplin) och till en samsyn kring vilka lärandemål som medarbetare inom hälso- och sjukvården och omsorgen ska nå under sin grund- och vidareutbildning.

Arbetsgruppen konstaterar att de senaste decenniernas utveckling inom patientsäkerhetsområdet, såväl nationellt som internationellt, har resulterat i en spretig flora av verktyg, metoder, modeller och utbildningar. Idag kan ett flertal av dessa betraktas som välfungerande för de specifika situationer där de används, men samtidigt saknas en enhetlig teoretisk kunskapsbas och en empirisk koppling till den komplexa miljö som finns i deras närhet. Ett svenskt curriculum skulle kunna bidra till ökad förståelse för hur risk och säkerhet har bidragit till hälso- och sjukvårdens utveckling och hur diverse initiativ av nödvändighet har uppstått för att kunna balansera, kompromissa och underlätta arbetet inom vården.

2. WHO:s curriculum bör ses som ett viktigt underlag, men inte en mall, för det fortsatta arbetet med ett svenskt curriculum för patientsäkerhet

WHO:s curriculum tar ett brett grepp om utbildning i patientsäkerhet och omfattar såväl en lärarhandbok som teoretiska beskrivningar av viktiga kunskapsområden inom patientsäkerhet, lärandemål och pedagogiska verktyg. Arbetsgruppen bedömer att WHO:s curriculum kan utgöra ett viktigt underlag i det framtida arbetet med att ta fram ett svenskt curriculum på området. Arbetsgruppens analys visar att WHO:s curriculum innehåller flera delar som är relevanta i en svensk kontext. Även om det finns behov av anpassning till svenska förhållanden och komplettering med ny kunskap, kan flera områden i hög grad fungera som utgångspunkt i framtagande av motsvarande texter i ett svenskt curriculum. Inom flera områden gör arbetsgruppen också bedömningen att lärandemål, färdighets- och kunskapskrav är relevanta för svenska grund- och vidareutbildningar av medarbetare i hälso- och sjukvården.

Trots att det finns mycket att hämta från WHO:s curriculum är arbetsgruppens bedömning att det inte kan användas i sin helhet som en mall för det fortsatta arbetet med framtagande av ett svenskt curriculum. Behoven av modernisering, uppdatering och anpassning till svenska förhållanden är allt för

stora. Exempel på områden där WHO:s curriculum står långt ifrån de svenska behoven inkluderar:

- det individperspektiv som genomsyrar både vilken kunskap som lyfts fram och det pedagogiska innehållet,
- att flera grundläggande områden saknas eller belyses i mycket liten utsträckning, inte minst betydelsen av ledning och styrning, säkerhetskultur, kunskap och kompetens samt patienten som medskapare,
- avgränsningen till studenter i grundutbildning.

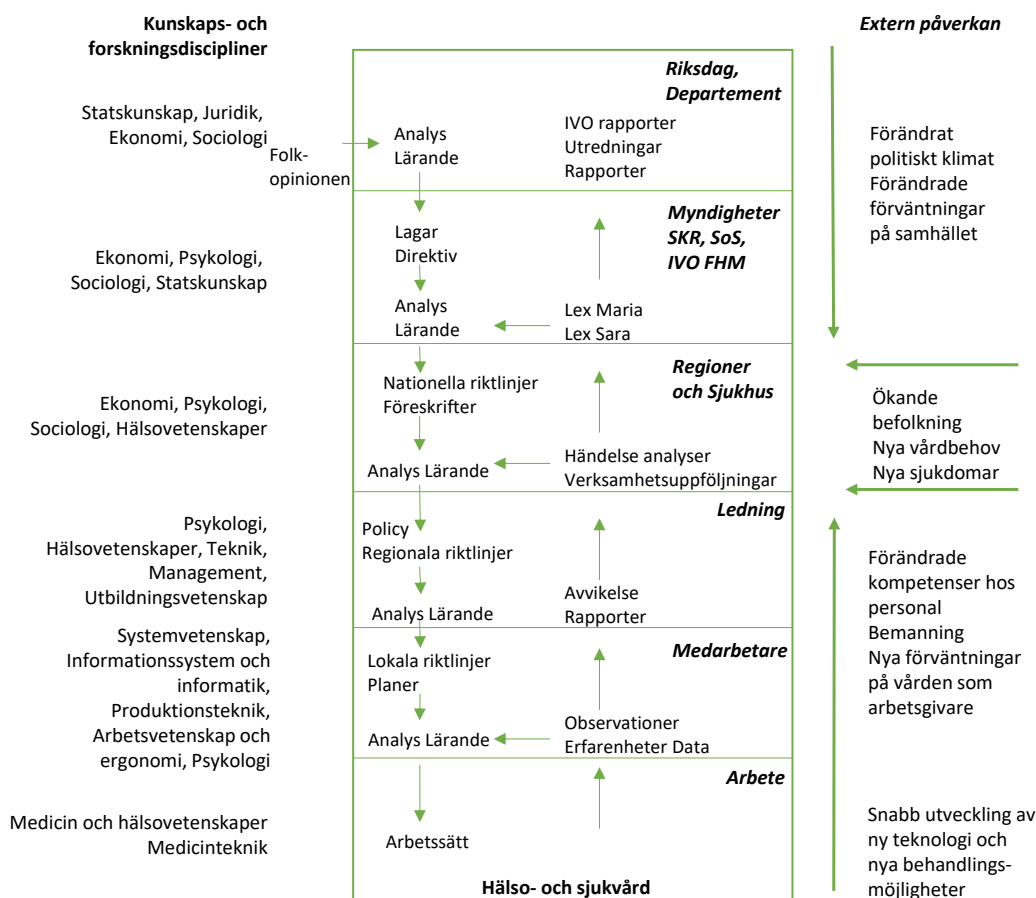
3. Ett svenskt curriculum bör ha som mål att lägga en gemensam teoretisk och pedagogisk grund för disciplinen patientsäkerhet

Ett svenskt curriculum för patientsäkerhet bör syfta till att göra vården mer säker genom att stärka utbildning. Ett svenskt curriculum kan också bidra till att skapa en helhetssyn på patientsäkerhet som kunskapsområde och möjliggöra en samsyn kring vilka lärandemål medarbetare på olika nivåer och med olika befattningar inom hälso- och sjukvården ska nå under sin grund- och vidareutbildning. En sådan gemensam teoretisk och pedagogisk plattform för de olika aktörerna inom den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen skulle möjliggöra att alla har en likartad förförståelse, kompetens och språkbruk, oavsett i vilken organisation, var i organisationen, eller i vilken befattning man utför sitt arbete.

Strukturen i WHO:s curriculum är i stor utsträckning inspirerad av en australisk förlaga från 2005. Även om dokumentet tar upp många viktiga patientsäkerhetsteman visar arbetsgruppens analys att flera områden som idag ses som grundläggande för patientsäkerhet inte lyfts fram i tillräcklig utsträckning och att det saknas en tydlig röd tråd för hur de olika områdena hänger ihop. Arbetsgruppen föreslår att framtagandet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet inte utgår från de områden och det upplägg som finns i WHO:s curriculum, utan i stället utgår från den teoretiska och empiriska kunskapsbas som utvecklats inom patientsäkerhetsområdet och använder en systemteoretisk modell som utgångspunkt. Patientsäkerhet kan beskrivas som ett multidisciplinärt kunskapsområde, där kunskaper inom flera vetenskapliga discipliner är nödvändiga det är en nödvändig utgångspunkt för ett svenskt curriculum om patientsäkerhet (se figur 1 nedan) [7]. Utifrån den kan relevanta kunskapsområden och discipliner att fokusera på utvecklas. Ett sådant angreppssätt skulle skapa en större tydlighet och lyfta fram patientsäkerhet som en egen disciplin/kunskapsområde och hur det hänger samman med andra discipliner/kunskapsområden. Relevanta delar från WHO:s curriculum skulle sedan kunna överföras till en sådan struktur.

En sådan utformning skulle innebära att samma grund kan användas i utveckling av utbildningsplaner för olika professioner och målgrupper, och att lärandemål, kunskapskrav och pedagogiska metoder kan anpassas till respektive målgrupp och utbildningsnivå (grund-, avancerad- och forskarnivå). Det blir även viktigt att utformningen är samstämmig med Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet [8].

Figur 1. Anpassad efter Rasmussen [7]. Patientsäkerhet som tillämpat multidisziplinärt kunskaps- och forskningsområde.



4. Ett svenskt curriculum blir ett viktigt verktyg för att stödja huvudmännens patientsäkerhetsarbete i enlighet med den nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vänder sig till huvudmännens beslutsfattare och syftar till att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen ser att ett svenskt curriculum för patientsäkerhet skulle utgöra ett viktigt verktyg för att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete med att stärka viktiga aspekter såsom lärande, medvetenhet, analys och kompetensförsörjning som är centrala delar av den nationella handlingsplanen för att utveckla patientsäkerheten på alla nivåer och i alla delar av hälso- och sjukvården.

I framtagandet av ett svenskt curriculum är det viktigt att beskriva på vilka sätt utbildning i patientsäkerhet kan bidra till huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete. Ett curriculum ska bygga på en gedigen multidisciplinär vetenskaplig grund men det är också angeläget att det utformas så att det ger kunskaper för en konkretisering av insatser för ökad patientsäkerhet som till exempel de som beskrivs i den nationella handlingsplanen.

5. Ett svenskt curriculum bör tas fram i bred samverkan

Arbetsgruppens bedömning är att WHO:s curriculum kan utgöra ett underlag för ett svenskt curriculum men arbetet med detta behöver göras från grunden. Det är arbetsgruppens förhoppning att denna rapport kan fungera som ett första steg i det arbetet. För att säkerställa att ett curriculum når de syften och mål som beskrivs ovan föreslår arbetsgruppen att ett svenskt curriculum för svensk hälso- och sjukvård och omsorg, inklusive tandvård, utvecklas i samarbete med företrädare från såväl grund- som vidareutbildning, studenter, patienter, brukare och relevanta nationella myndigheter. En bred involvering skulle stärka möjligheterna till förankring under arbetets gång och öka förutsättningarna för en snabb implementering i olika utbildningssituationer.

6. En förhöjd ambition att utbilda i patientsäkerhet ställer krav på utbildningskompetens och utbildningskapacitet

Framtagande och implementering av ett nationellt curriculum innebär en ambitionshöjning och kommer ställa större krav på att fler har den kunskap och kompetens som behövs för att utbilda inom området. Arbetsgruppens bild är att det i dagsläget finns en stor variation i förståelse och kompetens såväl bland fakulteter på grundutbildningar som bland utbildningsansvariga vid olika verksamheter inom regioner och kommuner. För att möta de ökade krav som kommer att ställas på de som utbildar bedömer arbetsgruppen att det finns behov av att ta fram en utbildning som speglar ett nytt svenskt curriculum för de som ska undervisa i detta.

Arbetsgruppen ser också att det kommer att behöva byggas ytterligare utbildningskapacitet när fler studenter och medarbetare i vården och omsorgen ska utbildas inom området. En inventering av kapacitet att samordna utbildningar regionalt, kanske även nationellt, föreslås för att skapa förutsättningar för samverkan mellan flera universitet och utbildningar under tiden kompetens byggs upp.

7. Den svenska terminologin och definition av begrepp på patientsäkerhetsområdet bör utvecklas parallellt med ett nytt curriculum

Det finns ett behov av att vidareutveckla en enhetlig svensk terminologi och definition av begrepp på patientsäkerhetsområdet. Många viktiga termer och begrepp finns fortfarande enbart på engelska, exempelvis human factors, High Reliability Organisations (HRO) och Crew Resource Management (CRM). Det finns också svenska etablerade begrepp inom andra kunskapsfält som kan vara relevanta att använda inom patientsäkerhetsområdet. Ett svenskt curriculum skulle bidra till denna vidareutveckling och till ett gemensamt språkbruk inom patientsäkerhet. Arbetsgruppen föreslår att ett arbete med att utveckla svenska termer och begrepp genomförs parallellt med utvecklingen av ett svenskt curriculum, och att detta sker genom involvering av experter från olika discipliner i en tvärvetenskaplig arbetsgrupp.

Socialstyrelsens bedömning av behovet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet

Socialstyrelsen har tagit del av underlagsrapporten *Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet* och gjort en bedömning av rapportens slutsatser och rekommendationer. Socialstyrelsen har också tagit fram ett förslag för nästa steg i arbetet för att ta fram och implementera ett nationellt curriculum för patientsäkerhet.

Underlagsrapportens slutsatser och rekommendationer

Underlagsrapporten ger en heltäckande bild av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Mot bakgrund av behovet att stärka utbildning i patientsäkerhet och genom analysen av kunskapsinnehåll och pedagogiskt innehåll i WHO:s curriculum lämnar rapportförfattarna konkreta slutsatser och förslag för det fortsatta arbetet att ta fram ett svenskt nationellt curriculum för patientsäkerhet:

- Det finns ett stort behov av ett curriculum för patientsäkerhet för att stärka säkerhet i svensk hälso- och sjukvård och omsorg
- WHO:s curriculum bör ses som ett viktigt underlag, men inte en mall, för det fortsatta arbetet med ett svenskt curriculum för patientsäkerhet
- Ett svenskt curriculum bör ha som mål att lägga en gemensam teoretisk och pedagogisk grund för disciplinen patientsäkerhet
- Ett svenskt curriculum blir ett viktigt verktyg för att stödja huvudmännens patientsäkerhetsarbete i enlighet med den nationella handlingsplanen
- Ett svenskt curriculum bör tas fram i bred samverkan
- En förhöjd ambition att utbilda i patientsäkerhet ställer krav på utbildningskompetens och utbildningskapacitet
- Den svenska terminologin och definition av begrepp på patientsäkerhetsområdet bör utvecklas parallellt med ett nytt curriculum

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer övergripande att rapportförfattarnas slutsatser och rekommendationer är viktiga bidrag för att för att stärka utbildning i patientsäkerhet.

Det finns ett behov av ett nationellt curriculum för patientsäkerhet

Socialstyrelsens delar bedömningen att det finns ett behov av ett nationellt curriculum för patientsäkerhet. Ett curriculum som gemensam teoretisk och

pedagogisk grund för patientsäkerhet som kunskapsområde i utbildning bedöms på ett betydande sätt kunna bidra till att stärka säkerhet i svensk vård och omsorg och bidra till en förflyttning från ett förhållandevis reaktivt patientsäkerhetsarbete där åtgärder främst sker när något redan inträffat, till ett mer förebyggande riskmedvetet förhållningssätt i enlighet med den nationella handlingsplanen. Genom att öka kunskap och kompetens om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare, beslutsfattare och politiker, möjliggörs att alla har en likartad förståelse, kompetens och språkbruk, oavsett i vilken organisation, var i organisationen, eller i vilken befattning man utför sitt arbete.

Ett nationellt curriculum kan stärka och vägleda utbildning i patientsäkerhet

Ett nationellt curriculum för patientsäkerhet bedöms kunna utgöra en viktig vägledning och stöd till alla som beslutar om, utformar och genomför utbildning i patientsäkerhet till olika målgrupper. Både kring vad utbildning behöver innehålla och vilka lärandemål som är relevanta för olika målgrupper. Ett curriculum kan också fylla en viktig funktion i att synliggöra kunskaps- och kompetensbehov för målgrupper som kanske annars inte prioriteras för utbildningsinsatser. Det finns ett stort behov av att stärka kunskap om patientsäkerhet och patientsäkerhet i befintliga utbildningar kan utvecklas ytterligare. Mot bakgrund av detta delar Socialstyrelsen även bedömningen att implementeringen av ett nationellt curriculum skulle innebära ökade behov av både utbildningskompetens och utbildningskapacitet jämfört med idag.

Ett curriculum bör utgå från aktuellt kunskapsläge och en svensk kontext

Socialstyrelsen delar vidare rapportförfattarnas slutsatser kring att ett nationellt curriculum för patientsäkerhet behöver utgå från det aktuella kunskapsläget och en svensk kontext. För Sverige unika aspekter, som bland andra hälso- och sjukvården, omsorgen och tandvårdens utformning, organisation och styrning samt hur utbildningsväsendet och andra utbildningsaktörer fungerar, agerar och styrs, behöver i grunden beaktas i utformningen av ett curriculum. Därför delar Socialstyrelsen även bedömningen att innehållet och strukturen i WHO:s curriculum inte i sin helhet är aktuellt eller relevant att använda som en utgångspunkt i framtagandet av ett svenskt curriculum. Betydelsen av att utgå från en svensk kontext tydliggör dessutom behovet av en bred involvering av olika samhällsaktörer i framtagandet av ett curriculum. Berörda aktörer inkluderar såväl lärosäten, kompetens- och utbildningsansvariga inom kommuner och regioner, andra berörda myndigheter, professionsföreträdare och akademiska experter som företrädare för patienter och närstående.

Förslag på nästa steg

Socialstyrelsen ser att det är angeläget att det tas fram ett svenskt curriculum för patientsäkerhet som syftar till att göra vården mer säker genom att stärka

utbildning. Ett nationellt curriculum kan också bidra till att skapa en helhets-syn på patientsäkerhet som kunskapsområde och möjliggöra en samsyn kring vilka lärandemål medarbetare på olika nivåer och med olika befattningar inom hälso- och sjukvården ska nå under sin grund- och vidareutbildning.

För att ett curriculum ska bli relevant för de som beslutar om, planerar och utbildar i patientsäkerhet, genom att effektivt vägleda implementering av patientsäkerhetsutbildning i ett stort antal utbildningssituationer, kvarstår flera frågor att besvara. Exempelvis behöver kunskapsområdet patientsäkerhet i en svensk kontext definieras och avgränsas tydligare och olika utbildningsmål-gruppers kunskapsbehov beskrivas. Det är också viktigt att beskriva på vilka sätt utbildning i patientsäkerhet kan bidra till huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete så att det ger kunskaper för en konkretisering av insat-ser för ökad patientsäkerhet som till exempel de som beskrivs i den nation-ella handlingsplanen

Socialstyrelsen ser att ett nationellt arbete med att utveckla ett curriculum behöver beakta många aktörers intressen och ställer stora krav på nationell samordning och tydlig rollfördelning för att bli framgångsrikt. Därför har So-cialstyrelsen tagit fram ett förslag på en process för arbetet att ta fram ett na-tionellt curriculum för patientsäkerhet.

Förslag på framtagande av ett nationellt curriculum för patientsäkerhet

Arbetet föreslås att genomföras i tre steg enligt figuren nedan. Utgångspunk-ten är den samlade bild av behovet av att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet som framgår i denna rapport och i tidigare kartläggningar av patientsäkerhet i grund- och vidareutbildningar.



Steg 1. Förstudie

Steg 1 syftar till att lägga grunden för det fortsatta arbetet genom att besvara grundläggande frågor om curriculums syfte, mål, utformning och avgräns-ningar samt till att involvera och organisera berörda parter i arbetet. Aktivite-ter inkluderar:

- Bred involvering och förankring av arbetet
- Etablera utvecklingsorganisation
- Definiera målgrupper och avgränsningar
- Utveckla specifika syften och mål
- Utveckla ramverk och struktur (teoretisk och pedagogisk) för curriculum
- Inventera utbildningskapacitet
- Beskriva roll- och ansvarsfördelning för det fortsatta arbetet
- Ta fram genomförandeplan för steg 2 och 3

Steg 2. Framtagande

Steg 2 syftar till att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet samt att genomföra parallella utvecklingsarbeten. Aktiviteter inkluderar:

- Utveckla innehåll i curriculum
 - Beskriva kunskapsteman/områden
 - Beskriva lärandemål för olika målgrupper
- Genomföra parallella utvecklingsarbeten
 - Ta fram en utbildning för de som ska utbilda enligt curriculum
 - Ta fram enhetliga svenska termer och begrepp på patientsäkerhetsområdet
- Löpande bred förankring med berörda aktörer
- Ta fram plan för uppföljning

Steg 3. Test och implementering

Steg 3 syftar till att först utvärdera curriculum och sedan stödja en bred implementering i olika utbildningssituationer. Aktiviteter inkluderar:

- Pilottest av curriculum i vårdutbildningar på grund- och vidareutbildningsnivå samt i utbildning till tjänstemän och politiker
- Stegvis implementering i utbildningsplaner på lärosäten och hos andra utbildningsaktörer

Förslag gällande roll- och ansvarsfördelning

Ansaret för utbildning i patientsäkerhet i Sverige är delat mellan flera aktörer. Både offentliga och privata aktörer och huvudmän har viktiga roller att utbilda på gymnasial-, yrkeshögskole-, högskole-, forsknings- och fortbildningsnivå. Lärosäten, kommuner och regioner har en central roll i att utifrån kunskaps- och kompetensbehov utforma innehåll i utbildningar till olika grupper i hälso- och sjukvården inklusive tandvården och omsorgen. Andra myndigheter har utifrån sina specifika uppdrag också en viktig roll i att förmedla kunskap om patientsäkerhet. Att ta fram ett nationellt curriculum för patientsäkerhet kräver bred involvering men också en tydlig rollfördelning. För att skapa kraft och goda förutsättningar i arbetet föreslår Socialstyrelsen att:

- Socialstyrelsen, i egenskap kunskapsmyndighet som har regeringens uppdrag att samordna och stödja det nationella patientsäkerhetsarbetet och att tillgängliggöra samlad kunskap om patientsäkerhet, initierar arbetet och leder den beskrivna förstudien (steg 1) i framtagandet av ett nationellt curriculum.
- Berörda lärosäten, utifrån högskoleförordningen och specifik vetenskaplig kompetens inom patientsäkerhet leder arbetet med att ta fram curriculum (steg 2)
- Berörda lärosäten, i samverkan med kommuner och regioner, leder test och implementering av nationellt curriculum för patientsäkerhet (steg 3)

Referenser

1. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization; 2011. Hämtad 2020-12-01 från <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958/>.
2. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization; 2021. Hämtad 2021-11-22 från <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705/>
3. Patientsäkerhet i vårdutbildningar. Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 2021-11-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-10-6748.pdf/>
4. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet- Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 2021-06-15 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationellhandlingsplan/>.
5. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7
6. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay Co Inc; 1956
7. Rasmussen J, Svedung I. Proactive Risk Management in a Dynamic Society, Risk & Environmental Department. Karlstad: Swedish Rescue Services Agency; 2000
8. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Hämtad 2021-11-23 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>

Bilaga 1. Underlagsrapport Analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet

ANALYS AV WHO:S CURRICULUM FÖR PATIENTSÄKERHET

Underlagsrapport, april 2021

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1 Inledning.....	5
Syfte och frågeställningar	5
Rapportens disposition.....	6
Genomförande	6
Presentation av arbetsgruppen.....	7
Begreppslista.....	7
2 Övergripande beskrivning av WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide	9
Syfte och målgrupper.....	9
Struktur och omfattning	11
3 Samlade bedömningar av kunskapsinnehåll och pedagogiskt innehåll i WHO:s curriculum.....	12
Samlad bedömning av kunskapsinnehållet	12
Samlad bedömning av det pedagogiska innehållet.....	14
4 Slutsatser och rekommendationer	16
5 Analys av patientsäkerhets-kunskapsområden.....	21
Topic 1: What is patient safety?	21
Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety.....	24
Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care	28
Topic 4: Being an effective team player	31
Topic 5: Learning from errors to prevent harm.....	34
Topic 6: Understanding and managing clinical risk.....	37
Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care.....	39
Topic 8: Engaging with patients and carers	41
Topic 9: Infection prevention and control.....	43
Topic 10: Patient safety and invasive procedures.....	46
Topic 11: Improving medication safety	48
6 Analys av det pedagogiska innehållet.....	52
Part A. Teacher's Guide.....	52

Introduction to the Curriculum Guide topics	61
Topic 1: What is patient safety?	63
Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety.....	65
Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care	67
Topic 4: Being an effective team player	69
Topic 5: Learning from errors to prevent harm.....	71
Topic 6: Understanding and managing clinical risk.....	73
Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care.....	74
Topic 8: Engaging with patients and carers	77
Topic 9: Infection prevention and control.....	80
Topic 10: Patient safety and invasive procedures.....	82
Topic 11: Improving medication safety	83

SAMMANFATTNING

En arbetsgrupp med experter inom patientsäkerhet har på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört en analys av Världshälsosamfundets curriculum för patientsäkerhet (*WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*).¹ Syftet med analysen är att beskriva WHO:s curriculum för patientsäkerhet, bedöma innehållets relevans i en svensk kontext och anpassningsbehov samt att genom slutsatser och rekommendationer ge ett beslutsunderlag för det fortsatta arbetet.

WHO:s curriculum lanserades 2011 med syftet att stötta och påskynda arbetet hos universitet och skolor om bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att bygga upp och integrera patientsäkerhet i befintliga läroplaner. Curriculum består av två delar. Del A är en lärarhandbok som har utformats för att hjälpa lärare att genomföra läroplanen och del B innehåller ett omfattande områdesbaserat patientsäkerhetsprogram med elva områden/teman som kan implementeras antingen som helhet eller per områdes. Primära målgrupper är lärosäten som bedriver utbildningar för professioner inom hälso- och sjukvården.

Analysen visar att WHO:s curriculum innehåller många relevanta och viktiga områden inom patientsäkerhet som kunskapsområde, men samtidigt att det finns viktiga områden som saknas, som är outvecklade eller som är svagt utvecklade ur ett teoretiskt perspektiv. Analysen visar också att lärandemål, krav på studenter och pedagogiska metoder som föreslås behöver utvecklas för att vara relevanta i en svensk kontext.

Arbetsgruppen bedömer att det finns ett stort behov av att utveckla ett svenskt curriculum för patientsäkerhet som kan utgöra en gemensam teoretisk och pedagogisk grund för disciplinen patientsäkerhet. WHO:s curriculum bör ses som ett viktigt underlag, men inte en mall, för det fortsatta arbetet. Arbetsgruppen föreslår att framtagandet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet genomförs i bred samverkan och att det utgår från den teoretiska och empiriska kunskapsbas som utvecklats inom patientsäkerhetsområdet och använder en systemteoretisk modell som utgångspunkt.

¹ https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/

1 INLEDNING

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. I syfte att stötta och påskynda universitet och skolor om bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att bygga upp och integrera patientsäkerhet i befintliga läroplaner tog Världshälsosamfundet (WHO) år 2011 fram ett multiprofessionellt curriculum för patientsäkerhet. Utbildning av sjukvårdens medarbetare är också ett strategiskt mål i WHO:s globala handlingsplan för patientsäkerhet 2021–2030.

I Sverige är patientsäkerhet en del av utbildningar på olika nivåer och till olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården, men det finns idag inget nationellt curriculum för området. Behovet av att stärka utbildning i patientsäkerhet lyfts särskilt i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet *Agera för säker vård*. En av de nationella åtgärderna i handlingsplanen syftar till att ”ta del av och undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet”.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ansvara för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen. Som ett led i Socialstyrelsens arbete gav myndigheten en arbetsgrupp med experter inom patientsäkerhet uppdraget att genomföra en analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Lumell Associates AB gavs i uppdrag att processleda arbetet. Denna underlagsrapport utgör arbetsgruppens återrapportering till Socialstyrelsen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att beskriva WHO:s curriculum för patientsäkerhet, bedöma innehållets relevans i en svensk kontext och anpassningsbehov samt att genom slutsatser och rekommendationer ge ett beslutsunderlag för det fortsatta arbetet.

Rapporten belyser tre huvudområden:

Övergripande beskrivning av WHO:s curriculum

Den övergripande beskrivningen av WHO:s curriculum beskriver syftet med WHO:s curriculum, hur det togs fram, vilka målgrupper det vänder sig till, hur det är avsett att användas samt dess omfattning och struktur.

Analys av kunskapsinnehåll

Analysen av kunskapsinnehåll syftar till att beskriva vilka kunskapsområden och vilken kunskap inom patientsäkerhet som tas upp i WHO:s curriculum. Vidare syftar analysen till att bedöma områdenas relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper, om viktig kunskap saknas, anpassningsbehov samt hur områdena kan stärka huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Analys pedagogiskt innehåll

Analysen av det pedagogiska innehållet syftar till att beskriva de delar av WHO:s curriculum som utgör vägledning och konkreta förslag för det pedagogiska arbetet med att lära ut ämnet patientsäkerhet. Analysen innefattar en beskrivning av den lärarhandbok som utgör den första delen av WHO:s curriculum samt de lärandemål, kunskapskrav, färdighetskrav och pedagogiska metoder och strategier som tas upp under respektive område i curriculum. Vidare innefattar även analysen av det pedagogiska innehållet en bedömning av innehållets relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper samt anpassningsbehov.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en övergripande beskrivning av WHO:s curriculum. I rapportens andra kapitel redovisas samlade bedömningar av kunskapsinnehåll och pedagogiskt innehåll i WHO:s curriculum. I tredje kapitlet redovisas arbetsgruppens slutsatser och rekommendationer för det fortsatta arbetet. I kapitel fyra och fem redovisas underlaget till de samlade bedömningarna genom separata beskrivningar och bedömningar av vart och ett av de elva områden som ingår i WHO:s curriculum; först i kapitel fyra avseende kunskapsinnehåll och sedan i kapitel fem avseende pedagogiskt innehåll.

Genomförande

Arbetet genomfördes under perioden december 2020 till april 2021 och utgick från en process uppdelad i tre huvudsakliga faser:

1. Beskrivning och sammanfattning av WHO:s curriculum
2. Bedömning av innehållet i relation till en svensk kontext
3. Samlad analys, bedömning och formulering av slutsatser och rekommendationer

Under arbetets gång genomfördes regelbundna avstämningar med ansvarig kontaktperson på Socialstyrelsen Charlotta George.

Presentation av arbetsgruppen

Anna Dahlgren

PhD, forskare vid avdelningen för psykologi, Karolinska Institutet. Driver forskningsprojekt om arbetsmiljö och patientsäkerhet samt utbildning i patientsäkerhet.

Axel Ros

Leg. läkare, PhD. Chefläkare Region Jönköpings län. Adjungerad universitetslektor, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, School of Health and Welfare, Jönköping University.

Jonas Wrigstad

Leg. läkare, PhD. Överläkare/Chefläkare, Skånes universitetssjukvård. Affilierad forskare vid Lunds universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper Lund på avdelningen Kirurgi och Folkhälsa.

Karin Pukk Härenstam

Leg. läkare, PhD, Patientsäkerhetssamordnare, Centrum för Avancerad Medicinsk Simulering och träning Barn, Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Docent i hälso- och sjukvårdsorganisation, Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska Institutet.

Mirjam Ekstedt

Leg. sjuksköterska, PhD, professor i vårdvetenskap och vid Institutionen för hälso- och vårdvetenskap Linnéuniversitet Kalmar/Växjö samt anknuten till Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska Institutet.

Begreppslista

I denna rapport förekommer ett flertal termer och begrepp inom patientsäkerhetsområdet, varav många saknar etablerade svenska översättningar. Begreppslistan nedan syftar till att översiktligt förklara innebörden av ett urval av dessa termer och begrepp för att underlätta läsning av rapporten. Förklaringarna har tagits fram av arbetsgruppen enbart för detta syfte och ska inte ses som fullständiga redovisningar av begreppens innebörd. Arbetsgruppen hänvisar också till den ordlista som finns i samlat stöd för patientsäkerhet på Socialstyrelsens webbplats.²

² <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/ordlista/>

Begrepp	Förklaring
Open disclosure	En term som används för att beskriva processen att informera patienter och deras familjer om vårdskador och negativa konsekvenser, och som skiljer sig från komplikationer som kan förväntas av sjukdomen eller skadan som behandlas.
Human factors	Det finns olika definitioner och inriktningar. Human factors kan i ibland likställas med ergonomi där man anpassar teknik och arbetsmiljö till människans föreläggningar (kognition, beslutsfattande etc.). Human Factors kan även innefatta en systemsyn på hur människans påverkas i socio-tekniska system (se MTO). Svenska direktöversättningen <i>mänskliga faktorer</i> kan EJ användas.
MTO	Människa Teknik Organisation –samspelet mellan människa, teknik och organisation
Patientsäkerhetskultur	Hur patientsäkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen.
Resiliens	Ett systems förmåga att före, under och efter förändringar och störningar anpassa sig så att det kan upprätthålla sin funktion, under både väntade och oväntade förhållanden.
Riskhantering	Att rapportera, analysera och dokumentera risker, vidta adekvata åtgärder samt sammanställa och återföra resultaten.
Safety I	Ett säkerhetsperspektiv som bygger på synsättet att bakomliggande orsaker till negativa händelser kan identifieras och åtgärdas så att det blir färre fel.
Safety II	Ett säkerhetsperspektiv som bygger på synsättet att variationer i vardagligt arbete är nödvändiga anpassningar till de variationer i förutsättningar för arbetet som finns, anpassningarna bidrar till att det oftast blir rätt, ibland fel; syftet är att förstå variationerna så att man kan lära av dem så att mer blir rätt.
HRO	High Reliability Organisations – en säkerhets teoretisk modell som belyser vad som kännetecknar verksamheter som kan upprätthålla en hög säkerhet trots hög risk och komplexitet.

2 ÖVERGRIPANDE BESKRIVNING AV WHO MULTI-PROFESSIONAL PATIENT SAFETY CURRICULUM GUIDE

I detta kapitel ges en övergripande beskrivning av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Beskrivningen omfattar hur WHO:s curriculum togs fram, vad syftet är, målgrupper, hur det är avsett att användas samt dokumentets struktur och omfattning.

Syfte och målgrupper

I förordet och inledningen till WHO:s curriculum för patientsäkerhet lyfts att vårdpersonal behöver bättre kunskap om de centrala begrepp och principer inom patientsäkerhet för att kunna hantera vårdens ökade komplexitet i sitt dagliga arbete, tillhandahålla evidensbaserad vård och upprätthålla en säker miljö för patienter. Syftet med WHO:s curriculum har varit att stötta och påskynda universitet och skolor som bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna att bygga upp och integrera patientsäkerhet i befintliga läroplaner. Mer specifika syften är:

- förbereda studenter på att arbeta patientsäkert i sitt framtida arbete inom vård och omsorg
- informera utbildningsinstitutioner som bedriver utbildning för hälso- och sjukvårdsprofessionerna om de viktigaste områdena inom patientsäkerhet
- förstärka patientsäkerhet som ett ämnesområde i läroplanerna för vårdpersonalutbildningarna inom hälso- och sjukvårds professionerna
- ta fram en omfattande läroplan för att stödja undervisning och integrering av lärande om patientsäkerhet
- främja lärarkapacitet för att utbilda i patientsäkerhet inom utbildningarna för sjukvårdsprofessionerna
- främja en säker och stödjande lärmiljö inom patientsäkerhet.
- introducera eller stärka utbildning i patientsäkerhet inom alla utbildningar för hälso- och sjukvårdsprofessioner över hela världen
- höja den internationella statusen för undervisning i patientsäkerhet
- främja internationellt samarbete kring forskning om patientsäkerhetsutbildning inom högskolesektorn.

Framtagande av WHO:s multiprofessionella curriculum för patientsäkerhet
År 2009 togs ett curriculum fram i samarbete med World Medical Association som enbart riktade sig till läkare. Baserat på det tidigare curriculum började man år 2010 en

revidering för att ta fram en multiprofessionell version. En internationell multiprofessionell arbetsgrupp, bestående av experter från internationella yrkesföreningar³ samt representanter från WHO-regionerna, bearbetade innehåll och fallbeskrivningar så att det skulle vara relevant för flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Till stor del grundar detta curriculum sig på *Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF) som publicerades 2005. Utvecklandet av APSEF gjordes i fyra steg 1) Granskning av litteratur 2) Utveckling av kunskapsområden och ämnen 3) Klassificering i inlärningsdomäner 4) Omvandling till ett prestationsbaserat format. Litteraturöversikten sägs vara systematisk men det finns knapphändig information om metoden för denna. Walton et al beskriver att man utifrån böcker, rapporter och artiklar identifierade följande söktermer: negativa händelser, kvalitetsförbättring, misstag, fel, kommunikation, utbildning och träning.⁴ Sammanfattningsvis beskriver APSEF sju kategorier och 22 områden (där varje område ska innehålla kunskap, färdigheter och beteenden) som all vårdpersonal behöver för att säkerställa patientsäkerhet.

Av de 22 ämnena i APSEF ingår 16 i olika delar av WHO:s curriculum. Framtagandet av WHO:s curriculum gjordes i tre steg:

1. *En översikt av kunskapsläget och APSEF.* Översikten hade som syfte att identifiera arbete som gjorts och som har kunnat visa på en positiv effekt på patientsäkerhet. Utifrån översikten identifierades olika inlärningsområden som sedan analyserades och bröts ner i flera olika ämnen.
2. *Utvidgad översikt och uppdelning i kunskap, färdigheter, beteenden och attityder.* Varje ämne identifierat i steg 1 gav upphov till en utvidgad sökning med fler söktermer (till exempel utbildning, träning, program, negativa händelser, fel, misstag, organisation/institution/hälso-och sjukvård). Utifrån varje område listades kunskap, färdigheter, beteenden och attityder som var kopplade till det ämnet. Listan bearbetades sedan för att undvika upprepningar etc. Slutligen kategoriserades varje ämne i aktiviteterna kunskap, färdigheter och beteenden. Dessa aktiviteter delades sedan upp i fyra olika nivåer beroende på var i systemet som tilltänkt mottagare befinner sig. Nivå 1 – riktar sig till all vårdpersonal. Nivå 2 – är utformad för hälso- och sjukvårds professioner som arbetar kliniskt under handledning och för de som har ledningsansvar för det kliniska arbetet. Nivå 3 – är för hälso- och sjukvårdspersonal som har chefs- eller ledningsansvar eller seniora personer i det kliniska arbetet som har ett mer avancerat kliniskt ansvar. Nivå 4 – riktar sig till kliniska och administrativa ledare med organisatoriskt ansvar.
3. *Utveckling av ett prestationsbaserat format.* Utifrån de olika modulerna i ramverket översattes aktiviteterna till ett prestationsbaserat format. I detta steg skedde mycket samråd med olika professioner och internationella experter. Intervjuer med

³ International Pharmaceutical Federation, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, World Medical Association, International Association of Dental Students, International Federation of Medical Students' Associations, International Council of Nurses – Students' Network, International Pharmaceutical Students' Federation och Patients for Patient Safety Programme

⁴ Walton, M., Shaw, T., Barnett, S., & Ross, J. (2006). Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 437–442. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019216>

vårdpersonal (sjuksköterskor, läkare, apotekare, sjukgymnaster, socialarbetare, arbetsterapeuter, tandläkare etc.) gjordes för att fånga aspekter av varje prestationsdel i ramverket. Dokumentet skickades även ut till den australiska hälso- och sjukvårdssektorn för input.

Målgrupper

Primära målgrupper är lärosäten som bedriver utbildningar för professioner inom hälso- och sjukvården. Fakulteterna kan introducera alla områden som tas upp i sin helhet eller så kan de introduceras delvis. *Sekundära målgrupper* är studenter inom utbildningar för professioner inom hälso- och sjukvården.

Hur är WHO:s curriculum avsett att användas?

WHO:s curriculum är utformat för att integreras i befintliga läroplaner för utbildningar relaterade till professioner inom hälso- och sjukvård. Dock lyfts att hur detta görs är flexibelt och att man bör tillgodose lokala behov och kulturella aspekter. Det ska ses som en ram att utgå ifrån men anpassningar utifrån lokala krav, förutsättningar för studenternas lärande och resurser uppmuntras. Innehållet omfattar förslag på hur undervisningen kan ske samt flera fallbeskrivningar som är tänkta att användas i utbildningssyfte. Det lyfts att många av områdena med fördel ges när studenterna har fått praktisk erfarenhet från arbetsmiljön inom deras profession. Institutionerna uppmuntras att lägga till relevant litteratur utifrån de professioner man undervisar (mer specifika ämnen täcks inte av detta curriculum) samt utifrån relevant kulturell kontext. Vidare lyfts att man med fördel kan integrera delar av curriculum där de olika teman eller ämnena redan behandlas i befintliga läroplaner, dvs det behöver behandlas som ett separat ämne. Det slås också fast att patientsäkerhet med fördel kan ske i form av tvärvetenskapligt lärande, därför kan det vara bra att reflektera över möjligheten att kombinera delar av utbildningen i patientsäkerhet med en mix av professioner.

Struktur och omfattning

WHO:s curriculum är ett omfattande program för genomförande av utbildning för patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdsutbildningar över hela världen. Den består av två delar. Del A är en lärarhandbok som har utformats för att hjälpa lärare att genomföra läroplanen. Eftersom patientsäkerhet är en ny disciplin och personal inom hälso- och sjukvården och fakultetspersonal inte känner till många av koncepten och principerna, lägger denna del grunden för kapacitetsuppbyggnad inom utbildning för patientsäkerhet. Del B innehåller ett omfattande områdesbaserat patientsäkerhetsprogram som kan implementeras antingen som helhet eller per område.

Del A omfattar 58 sidor och tar upp syfte, utveckling, implementering, integrering, pedagogiska principer, bedömning, utvärdering av curriculum samt en internationell strategi för utbildning i patientsäkerhet. Del B omfattar 180 sidor och innehåller definition av nyckelbegrepp, samt presentation av elva olika områden som detta curriculum omfattar.

3 SAMLADE BEDÖMNINGAR AV KUNSKAPSINNEHÅLL OCH PEDAGOGISKT INNEHÅLL I WHO:S CURRICULUM

I detta kapitel redovisas samlade bedömningar av kunskapsinnehåll och pedagogiskt innehåll i WHO:s curriculum. Bedömningarna baseras på den underlagsanalys som redovisas i kapitel fyra och fem.

Samlad bedömning av kunskapsinnehållet

Övergripande bedömning av kunskapsinnehållet

WHO:s curriculum är ett omfattande dokument, som innehåller många relevanta och viktiga områden inom patientsäkerhet som kunskapsområde. WHO lyfter fram patientsäkerhet som en egen disciplin med egna metoder som vuxit fram tack vare tvärdisciplinär samverkan med andra discipliner. Det finns dock viktiga områden som saknas, som är outvecklade eller som är svagt utvecklade ur ett teoretiskt perspektiv. Vid återkommande tillfällen speglar innehållet en syn på risk och säkerhet som inte är uppdaterad med sådan kunskap i kunskapsområdet som varit känd och beskriven sedan 10–20 år. Även om curriculum på flera ställen skriver om vikten av en systemsyn beskrivs alltför ofta den enskilde medarbetaren inom hälso- och sjukvården som den osäkra och felande länken i organisationen vilket kräver mer kontroll, utbildning och styrning på individnivå. Sjukvården har utvecklats betydligt sedan dokumentet publicerades, därför saknas beskrivning av risker och säkerhet i flera nu viktiga vårdmiljöer, som till exempel hemsjukvård och digitala vårdtjänster.

Arbetsgruppens bedömning är att svagheter som finns i WHO:s curriculum skulle kunna bero på att man till stor del baserar sig på *Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF) som publicerades 2005. APSEF utgick ifrån “evidensbaserade” metoder för att stärka säkerhet. Det innebär dels att källor och grundmaterialet i dokumentet är gammalt, dels att man i den ursprungliga översikten på grund av snäva sökkriterier riskerar att missa viktiga områden. Dokumentet är också som helhet splittrat där olika kapitel och textavsnitt inte alltid stödjer varandra. Detta kan bero på att det saknas konsensus kring vad som ingår i patientsäkerhet som kunskapsområde, men till synes dessutom på att dokumentets olika områden saknar ett slutligt redaktionellt ensande och därmed haltar till innehåll och struktur. Ett curriculum där det finns en tydlig

redaktionell idé och som baserar sig på en både bredare och djupare teoretisk grund skulle kunna innebära en förbättring i förhållande till WHO:s curriculum.

Bedömning av olika kunskapsområden och deras behov av anpassning, komplettering och utveckling

För alla elva områden i WHO:s curriculum finns ett inledande textavsnitt som presenterar den kunskapsbas som området vilar på. Den övergripande bilden av patientsäkerhet som kunskapsområde, som den framträder vid analys av varje område i WHO:s curriculum, är inkonsekvent och splittrad. När dokumentet publicerades fanns det redan viktig kunskap inom olika delar av patientsäkerhetsområdet, som inte beaktas i skrivningarna. Generellt saknas beskrivningar om systemteori; exempelvis skillnader mellan enkla/komplicerade/komplexa system, slutna respektive öppna system, mikro-, meso- och makroperspektiv inom systemet, sociotekniska system med interaktioner mellan systemnivåer, människor, teknik, organisation och det omgivande samhället. Vidare saknas perspektivet av patient och närstående som medskapare av patientsäkerhet inklusive samverkan och koordination vid vårdens övergångar. Den globala utvecklingen mot digital fysisk vård, virtuella vårdrum, eHälsotjänster och avancerad teknik i hemmen, ställer särskilda krav på kompetens, standardisering, ansvar och säkerhetsmedvetenhet som behöver synliggöras.

Sedan WHO:s curriculum publicerades har dessutom många delar av kunskapsområdet förändrats där ny forskning har utvecklat nya idéer, metoder och modeller. Detta gäller framför allt inom human factors, ledning/styrning av hälso- och sjukvård, alternativ utredningsmetodik efter avvikelser och alternativa modeller vid riskhantering. Även data som hänvisas till i de olika textavsnitten behöver generellt uppdateras och aktualiseras till nuvarande förhållanden.

Nya kunskapsområden har tillkommit efter publiceringen av WHO:s curriculum. Detta innefattar bland annat distinktionen mellan säkerhetsbegreppen *Safety I* och *Safety II*, resiliens, ingenjörsvetenskap, säkerhetskultur och de psykologiska aspekterna av organisationer som arbetar med avvikelshanteringssystem.

Ett curriculum från WHO måste förstås ha ett brett anslag för att kunna användas i hela världen. Det medför dock att en del av den kunskap som redovisas, fallbeskrivningar, statistik och annan data, samt litteraturhänvisningar, inte har tillräcklig vare sig relevans eller aktualitet för användning i Sverige – en anpassning krävs således i flera av dessa avseenden i flera av kunskapsområdena.

Anpassningsbehov av områdena för olika målgrupper

Generellt är ett flertal områden, textavsnitt och kliniska exempel relevanta som en introduktion i patientsäkerhet för flera målgrupper; all hälso- och sjukvårdspersonal med högskoleutbildning och den närmaste ledningen samt i grundutbildningar till dessa professioner. En fördel vore dock om textavsnitt och exempel utvecklas för specifika målgrupper baserat på utbildningsnivå, profession eller chefsansvar. En sådan anpassning

skulle kunna erbjuda relevant fördjupning och kunskap inom varje område för respektive målgrupp, exempelvis målgruppen sjuksköterskestudent, målgruppen yrkesverksam läkare eller målgruppen enhetschef.

Bedömning av korrelationen mellan kunskapsinnehållet i Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och WHO:s curriculum

Den nationella handlingsplanen och WHO:s curriculum har olika syften, olika målgrupper och de skiljer sig åt väsentligt i sin struktur. Mot bakgrund av detta låter sig en detaljerad jämförelse av dokumenten inte enkelt göras. En övergripande jämförelse visar dock att grundläggande förutsättningar och fokusområden i den nationella handlingsplanen i sin helhet omfattar kunskapsinnehållet i WHO:s curriculum, men att det omvända inte är fallet då handlingsplanen berör ytterligare relevanta aspekter inom patientsäkerhetsområdet som inte återfinns i WHO:s curriculum. Den kunskap som uttrycks i de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet i den nationella handlingsplanen skulle behöva lyftas tydligare och diskuteras utifrån ett systemteoretiskt perspektiv i ett curriculum. De elva områden som WHO:s curriculum presenterar har samtliga relevans i den nationella handlingsplanens fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden. Den nationella handlingsplanen beskriver också behovet av utveckling av metoder, verktyg och utbildning baserat på utvecklingen av kunskapsområdet patientsäkerhet. Det är i stora drag just den utvecklingen som saknas i WHO:s curriculum.

Samlad bedömning av det pedagogiska innehållet

WHO:s curriculum tar ett bredare grepp om generella aspekter av pedagogik och utbildning än vad som är relevant i svenska förhållanden

Den lärarhandledning som följer med WHO:s Curriculum är relevant om den till exempel riktar sig till utbildare som inte har formell pedagogisk utbildning. Om man vill utveckla detta curriculum mot anställda inom hälso- och sjukvården, bör man till exempel överväga att sammanfatta några grundläggande pedagogiska grepp. Däremot, om läroplanen riktar sig till dem som arbetar med utbildning inom högskolan, så är den i viss mån överflödig. De tips som ges på läraktiviteter och hur olika områden kan illustreras kan vara av värde för lärare på såväl grund som vidareutbildningsnivå.

Lärandemål och krav på studenter behöver utvecklas för att vara relevanta i en svensk kontext

Lärandemål behöver anpassas till de övergripande lärandemål som gäller för de utbildningar där WHO:s curriculum är tänkt att integreras. Detta gäller såväl hur de formuleras för högskoleutbildning då anpassning till Millers pyramid⁵ eller Blooms taxonomi⁶

⁵ Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7

⁶ Bloom, B. S. (1956). "Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain." New York: David McKay Co Inc.

behöver göras; samt att progression av lärandemål beskrivs för studenter som kommit olika långt i sin utbildning. Dessutom behöver en vertikal och horisontell länkning göras till andra kurser som ges inom ramen för de olika programmen. Lärandemål för "värderingsförmåga och förhållningssätt" i enlighet med högskoleförordningens examensmål⁷ i Sverige, saknas i WHO curriculum, och behöver kompletteras för samtliga kunskapsområden.

Det innebär att för de flesta områden behöver lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav målgruppsanpassas. Med de förändringar som föreslås ovan har mål och krav som de är formulerade i WHO:s curriculum potential att fungera för akademiska utbildningar inom vårdyrken, och för utbildning som ges till ledningspersoner och professionella i vården med inflytande, med eller utan formellt ledningsansvar.

För flera områden behöver mål och krav också anpassas till uppdaterat kunskapsinnehåll. Inom många kunskapsområden, som till exempel "*Why applying human factors is important for patient safety*" eller "*Improving medication safety*" skulle lärandemålen behöva vara betydligt mer specifika. Det skulle underlätta integreringen i befintliga läroplaner som eventuellt redan täcker delar av det som ingår i dessa områden.

Pedagogiska metoder är ofta relevanta i relation till målen i WHO:s curriculum - men behöver anpassas till en svensk kontext

Såväl fallbeskrivningar som exempel från kliniska vardagssituationer behöver anpassas till en svensk kontext samt varieras och anpassas till målgruppen för att vara meningsfulla för studenter från olika professioner. Det är också viktigt att fallbeskrivningar speglar hur de teoretiska begrepp som används speglar många olika delar av hälso- och sjukvården.

Mål, krav och metoder är anpassade till sjukvårdsutbildningar på högskolenivå och av mindre relevans för andra målgrupper

Mål och krav, läraaktiviteter och metoder, till exempel fallstudier och fältstudier, är i befintligt skick anpassade för medellånga vårdutbildningar på grundnivå. De är av mindre relevans för chefer, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare och personal i vidareutbildning eftersom mål/krav fokuserar på individnivå istället för systemnivå och eftersom kunskapsområden som har med ledningsansvar och säkerhetskultur att göra saknas.

⁷ Enligt högskoleförordningen i Sverige grupperas examensmålen in i mål för; "*kunskap och förståelse*", "*färdighet och förmåga*" samt "*värderingsförmåga och förhållningssätt*"

4 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Denna underlagsrapport innehåller en beskrivning och analys av WHO:s curriculum för patientsäkerhet. Fokus för analysen har varit på vilka sätt och i vilken utsträckning WHO:s curriculum skulle kunna vara relevant som underlag i framtagandet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet. Utifrån analysen har arbetsgruppen enats om ett antal slutsatser och rekommendationer för det fortsatta arbetet.

Det finns ett stort behov av ett curriculum för patientsäkerhet för att stärka säkerhet i svensk hälso- och sjukvård och omsorg

Arbetsgruppen ser ett stort behov av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet. Patientsäkerhet som disciplin är en kärnkompetens för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Idag saknas konsensus bland befintliga utbildningar om vilka kunskapsområden, teorier, begrepp och metoder som patientsäkerhet som akademiskt ämne innefattar. Detsamma gäller för vilka kunskaps- och färdighetskrav i patientsäkerhet som behöver ställas på personal på olika nivåer och med olika befattningar. Arbetsgruppen ser att ett svenskt curriculum skulle kunna bidra till att möta behovet av en helhetssyn på patientsäkerhet som unikt kunskapsområde (eller egen disciplin) och till en samsyn kring vilka lärandemål som medarbetare inom hälso- och sjukvården och omsorgen ska nå under sin grund- och vidareutbildning.

Arbetsgruppen konstaterar att de senaste decenniernas utveckling inom patientsäkerhetsområdet, såväl nationellt som internationellt, har resulterat i en spretig flora av verktyg, metoder, modeller och utbildningar. Idag kan ett flertal av dessa betraktas som väl fungerande för de specifika situationer där de används, men samtidigt saknas en enhetlig teoretisk kunskapsbas och en empirisk koppling till den komplexa miljö som finns i deras närhet.

Ett svenskt curriculum skulle kunna bidra till ökad förståelse för hur risk och säkerhet har bidragit till hälso- och sjukvårdens utveckling och hur diverse initiativ av nödvändighet har uppstått för att kunna balansera, kompromissa och underlätta arbetet inom vården.

WHO:s curriculum bör ses som ett viktigt underlag, men inte en mall, för det fortsatta arbetet med ett svenskt curriculum för patientsäkerhet

WHO:s curriculum tar ett brett grepp om utbildning i patientsäkerhet och omfattar såväl en lärarhandbok som teoretiska beskrivningar av viktiga kunskapsområden inom patientsäkerhet, lärandemål och pedagogiska verktyg. Arbetsgruppen bedömer att WHO:s curriculum kan utgöra ett viktigt underlag i det framtida arbetet med att ta fram ett svenskt curriculum på området. Arbetsgruppens analys visar att WHO:s curriculum innehåller flera delar som är relevanta i en svensk kontext. Även om det finns behov av anpassning till svenska förhållanden och komplettering med ny kunskap, kan flera områden i hög grad fungera som utgångspunkt i framtagande av motsvarande texter i ett svenskt curriculum. Inom flera områden gör arbetsgruppen också bedömningen att lärandemål, färdighets- och kunskapskrav är relevanta för svenska grund- och vidareutbildningar av medarbetare i hälso- och sjukvården.

Trots att det finns mycket att hämta från WHO:s curriculum är arbetsgruppens bedömning att det inte kan användas i sin helhet som en mall för det fortsatta arbetet med framtagande av ett svenskt curriculum. Behoven av modernisering, uppdatering och anpassning till svenska förhållanden är allt för stora. Exempel på områden där WHO:s curriculum står långt ifrån de svenska behoven inkluderar:

- det individperspektiv som genomsyrar både vilken kunskap som lyfts fram och det pedagogiska innehållet,
- att flera grundläggande områden saknas eller belyses i mycket liten utsträckning, inte minst betydelsen av ledning och styrning, säkerhetskultur, kunskap och kompetens samt patienten som medskapare,
- avgränsningen till studenter i grundutbildning.

Ett svenskt curriculum bör ha som mål att lägga en gemensam teoretisk och pedagogisk grund för disciplinen patientsäkerhet

Ett svenskt curriculum för patientsäkerhet bör syfta till att göra vården mer säker genom att stärka utbildning. Ett svenskt curriculum kan också bidra till att skapa en helhetssyn på patientsäkerhet som kunskapsområde och möjliggöra en samsyn kring vilka lärandemål medarbetare på olika nivåer och med olika befattningar inom hälso- och sjukvården ska nå under sin grund- och vidareutbildning. En sådan gemensam teoretisk och pedagogisk plattform för de olika aktörerna inom den svenska hälso- och sjukvården och omsorgen skulle möjliggöra att alla har en likartad förståelse, kompetens och språkbruk, oavsett i vilken organisation, var i organisationen, eller i vilken befattning man utför sitt arbete.

Strukturen i WHO:s curriculum är i stor utsträckning inspirerad av en australisk förlaga från 2005. Även om dokumentet tar upp många viktiga patientsäkerhetsteman visar arbetsgruppens analys att flera områden som idag ses som grundläggande för patientsäkerhet inte lyfts fram i tillräcklig utsträckning och att det saknas en tydlig röd tråd för hur de olika områdena hänger ihop. Arbetsgruppen föreslår att framtagandet av ett svenskt curriculum för patientsäkerhet inte utgår från de områden och det upplägg som finns i WHO:s curriculum, utan i stället utgår från den teoretiska och empiriska kunskapsbas som utvecklats inom patientsäkerhetsområdet och använder en systemteoretisk modell som utgångspunkt. Patientsäkerhet kan beskrivas som ett multidisciplinärt kunskapsområde, där kunskaper inom flera vetenskapliga discipliner är nödvändiga,⁸ det är en nödvändig utgångspunkt för ett svenskt curriculum om patientsäkerhet (se figur 1 nedan). Utifrån den kan relevanta kunskapsområden och discipliner att fokusera på utvecklas. Ett sådant angreppssätt skulle skapa en större tydlighet och lyfta fram patientsäkerhet som en egen disciplin/kunskapsområde och hur det hänger samman med andra discipliner/kunskapsområden. Relevanta delar från WHO:s curriculum skulle sedan kunna överföras till en sådan struktur.

En sådan utformning skulle innebära att samma grund kan användas i utveckling av utbildningsplaner för olika professioner och målgrupper, och att lärandemål, kunskapskrav och pedagogiska metoder kan anpassas till respektive målgrupp och utbildningsnivå (grund-, avancerad- och forskarnivå). Det blir även viktigt att utformningen är samstämmig med Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet.⁹

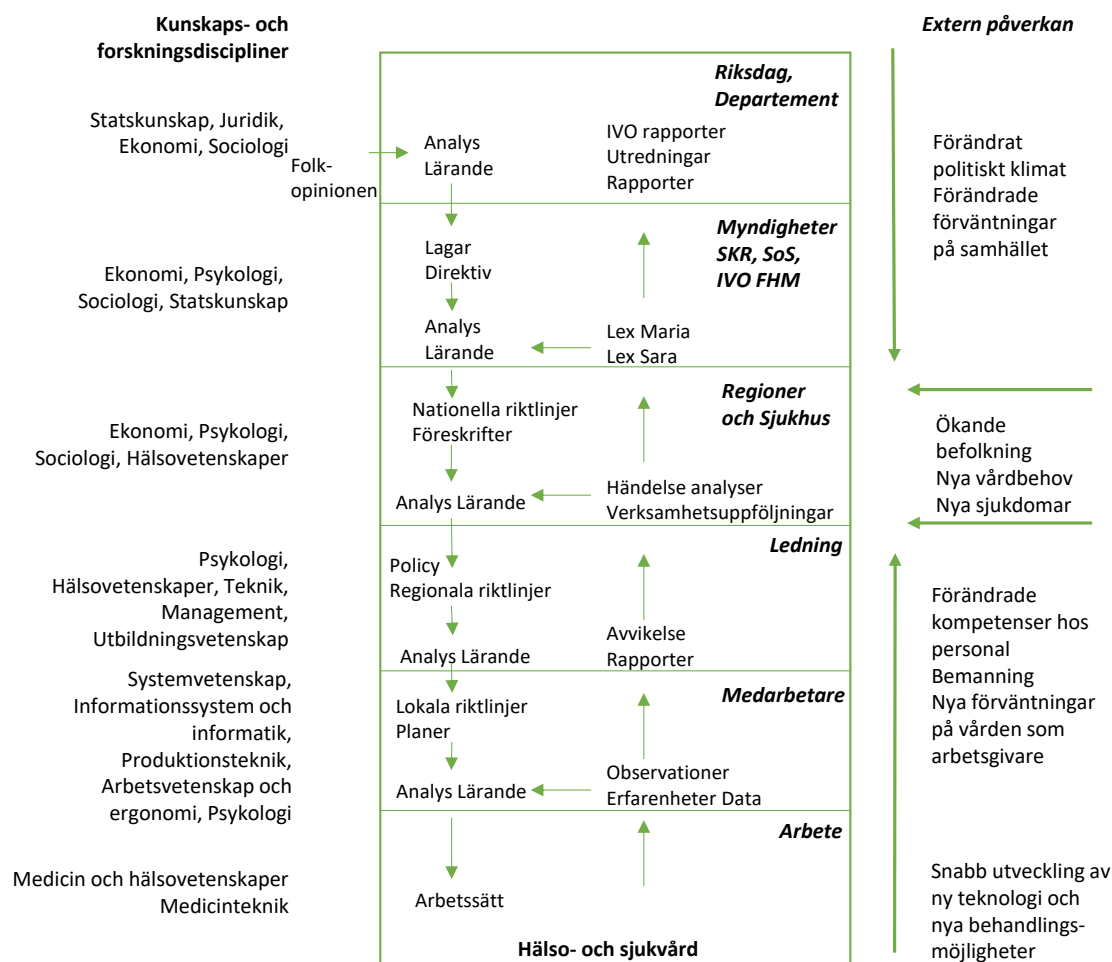
Ett svenskt curriculum blir ett viktigt verktyg för att stödja huvudmännens patientsäkerhetsarbete i enlighet med den nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vänder sig till huvudmännens beslutsfattare och syftar till att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen ser att ett svenskt curriculum för patientsäkerhet skulle utgöra ett viktigt verktyg för att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete med att stärka viktiga aspekter såsom lärande, medvetenhet, analys och kompetensförsörjning som är centrala delar av den nationella handlingsplanen för att utveckla patientsäkerheten på alla nivåer och i alla delar av hälso- och sjukvården.

I framtagandet av ett svenskt curriculum är det viktigt att beskriva på vilka sätt utbildning i patientsäkerhet kan bidra till huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete. Ett curriculum ska bygga på en gedigen multidisciplinär vetenskaplig grund men det är också angeläget att det utformas så att det ger kunskaper för en konkretisering av insatser för ökad patientsäkerhet som till exempel de som beskrivs i den nationella handlingsplanen.

⁸ Rasmussen J., Svedung I., Proactive Risk Management in a Dynamic Society, Risk & Environmental Department, Swedish Rescue Services Agency, Karlstad 2000.

⁹ <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>



Figur 1. Anpassad efter Rasmussen.¹⁰ Patientsäkerhet som tillämpat multidisciplinärt kunskaps- och forskningsområde.

Ett svenskt curriculum bör tas fram i bred samverkan

Arbetsgruppens bedömning är att WHO:s curriculum kan utgöra ett underlag för ett svenskt curriculum men arbetet med detta behöver göras från grunden. Det är arbetsgruppens förhoppning att denna rapport kan fungera som ett första steg i det arbetet. För att säkerställa att ett curriculum når de syften och mål som beskrivs ovan föreslår arbetsgruppen att ett svenskt curriculum för svensk hälso- och sjukvård och omsorg, inklusive tandvård, utvecklas i samarbete med företrädare från såväl grund- som vidareutbildning, studenter, patienter, brukare och relevanta nationella myndigheter. En bred involvering skulle stärka möjligheterna till förankring under arbetets gång och öka förutsättningarna för en snabb implementering i olika utbildningssituationer.

¹⁰ Rasmussen J., Svedung I., Proactive Risk Management in a Dynamic Society, Risk & Environmental Department, Swedish Rescue Services Agency, Karlstad 2000

En förhöjd ambition att utbilda i patientsäkerhet ställer krav på utbildningskompetens och utbildningskapacitet

Framtagande och implementering av ett nationellt curriculum innebär en ambitionshöjning och kommer ställa större krav på att fler har den kunskap och kompetens som behövs för att utbilda inom området. Arbetsgruppens bild är att det i dagsläget finns en stor variation i förförståelse och kompetens såväl bland fakulteter på grundutbildningar som bland utbildningsansvariga vid olika verksamheter inom regioner och kommuner. För att möta de ökade krav som kommer att ställas på de som utbildar bedömer arbetsgruppen att det finns behov av att ta fram en utbildning som speglar ett nytt svenskt curriculum för de som ska undervisa i detta.

Arbetsgruppen ser också att det kommer att behöva byggas ytterligare utbildningskapacitet när fler studenter och medarbetare i vården och omsorgen ska utbildas inom området. En inventering av kapacitet att samordna utbildningar regionalt, kanske även nationellt, föreslås för att skapa förutsättningar för samverkan mellan flera universitet och utbildningar under tiden kompetens byggs upp.

Den svenska terminologin och definition av begrepp på patientsäkerhetsområdet bör utvecklas parallellt med ett nytt curriculum

Det finns ett behov av att vidareutveckla en enhetlig svensk terminologi och definition av begrepp på patientsäkerhetsområdet. Många viktiga termer och begrepp finns fortfarande enbart på engelska, exempelvis *human factors*, *High Reliability Organisations* (HRO) och *Crew Resource Management* (CRM). Det finns också svenska etablerade begrepp inom andra kunskapsfält som kan vara relevanta att använda inom patientsäkerhetsområdet.

Ett svenskt curriculum skulle bidra till denna vidareutveckling och till ett gemensamt språkbruk inom patientsäkerhet. Arbetsgruppen föreslår att ett arbete med att utveckla svenska termer och begrepp genomförs parallellt med utvecklingen av ett svenskt curriculum, och att detta sker genom involvering av experter från olika discipliner i en tvärvetenskaplig arbetsgrupp.

5 ANALYS AV PATIENTSÄKERHETS-KUNSKAPSOMRÅDEN

I detta kapitel redovisas en beskrivning och bedömning av de elva "topics" (områden) som tas upp i WHO:s curriculum. Beskrivningen innefattar vilka kunskapsområden och vilken kunskap inom patientsäkerhet som tas upp. Vidare redovisas arbetsgruppens bedömning av områdenas relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper, om viktig kunskap saknas samt av anpassningsbehov.

Topic 1: What is patient safety?

Beskrivning

Svensk översättning av området

Vad är patientsäkerhet?

Motivering till området

Området är basalt för att förstå patientsäkerhet som ämne och dess roll i att minimera förekomst och påverkan av vårdskador samt maximera återhämtning från vårdskada.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Reasons *Swiss Cheese model* beskrivs ingående och används för att förklara latent systemfel. Perrows', Reasons' och Turners arbeten nämns.

Övergripande kunskapsinnehåll

Avsnittet lyfter den ökande komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemen där många olika discipliner och vårdgivare är involverade i vård av en enskild patient. Skillnader mellan länder beskrivs vara en viktig faktor som innebär att olika länder har olika utmaningar.

Förekomsten samt typ av vårdskador inom akutsjukvården i olika länder illustreras med hjälp av statistik och en analys av mänskliga och ekonomiska kostnader som följer. Uppgifterna kommer i huvudsak från *Institute of Medicine's* (IOM) rapport *To Err is Human* eller från WHO.

Kunskap om fel och systemfel med fokus på komplexiteten i systemen där det är viktigt att förstå latent/underliggande faktorerna för att förebygga olyckor beskrivs med exempel från andra (högrisk)branscher. Detta underbyggs teoretiskt med hjälp av *Swiss Cheese model*. Lärdomar från Chernobyl, och Challenger olyckorna används genom bl.a. Vaughan's analys av Challenger och normalisering av riskbeteende¹¹. Curriculum lägger stor vikt vid att beskriva skillnad mellan systemfel, avvikelser från riktlinjer och felhandlingar (*error*). WHO lutar sig mot Reason's definition av *violations* som en avvikelse från säkra tillvägagångssätt, standards och regler¹². Reason hävdade att i tillägg till en systemstrategi för hantering av fel behöver vi effektiva tillsynsmyndigheter med lämplig lagstiftning, resurser och verktyg för att utöva sanktioner mot oprofessionellt beteende avseende avvikelser. Man skiljer på "avvikelser från rutiner" som exempelvis kan handla om att inte följa hygienrutiner eller undermålig informationsöverföring mellan personal vid skiftbyten, och *optimizing violation* som kan handla om att inte övervaka hur en student genomför en procedur samt det som kallas "nödvändiga avvikelser" där professionen medvetet prioriterar ett snabbare tillvägagångssätt än vad som står i riktlinjer på grund av tidsbrist.

Utveckling mot ett systemperspektiv.

Patientsäkerhetens historia och ursprunget till en skam- och skuldkultur förklaras genom att människan till sin natur vill hitta orsakssamband och att vi lättare accepterar ett fel om det går att lägga skuld på någon. Vidare att straff ansetts vara ett starkt medel för att förhindra att det händer igen. Curriculum tar dock avstånd från detta synsätt genom att referera till Perrows¹³, Reasons¹⁴ och Turners¹⁵ arbeten med att vända trenden från ett person- till systemperspektiv. Vidare tar WHO:s curriculum avstamp i IOMs *The Quality Chasm* från år 2001 och beskriver patientsäkerhet som en egen disciplin med egna metoder som vuxit fram tack vare tvärdisciplinär samverkan med andra discipliner som kognitiv psykologi, organisationspsykologi, sociologi och ingenjörsvetenskap.

¹¹ Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.

¹² Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770

¹³ Perrow C. *Normal accidents: living with hightechnologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.

¹⁴ Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

¹⁵ Turner BA. The organizational and inter organisational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.

En modell för patientsäkerhetsarbete som omfattar fyra fokusområden beskrivs:

1. Människor som arbetar i hälso- och sjukvården
2. Människor som är mottagare av vård eller har del i dess tillgänglighet
3. Infrastrukturen av systemen för behandlingsåtgärder (leverans av vård)
4. System för återkoppling, uppföljning och kontinuerlig förbättring

Modellen bygger på ett systemperspektiv och med hänsyn till att sjukvårdssystemets prestanda varierar beroende på förutsättningar och kontext, och att specifika metoder behöver utvecklas för att driva förbättringsarbete, implementera och mäta förbättringar för att minska risken för vårdskador¹⁶.

WHO curriculum betonar att det inte krävs att personalen har formella kvalifikationer inom kvalitet och säkerhet för att kunna tillämpa regler och principer om detta i arbetet utan de lägger snarare fokus på att vårdpersonal ska utveckla förmåga att tillämpa principer och färdigheter och utveckla en medvetenhet om risker i varje situation. Tonvikt läggs på att bli en effektiv teammedlem, att tala öppet om händelser och fel och lära av dem samt se andras perspektiv och att kunna kommunicera med patienten om säkerhet.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Området är relevant för svensk kontext och för samtliga professioner och vårdområden. I ett svenskt curriculum behövs en introduktion till ämnet patientsäkerhet med definitioner av begrepp, teorier och modeller som är aktuella och lämpliga för att skapa förståelse för kunskapsområdet. Att utgå från en teoretisk modell som gemensam grund för kunskapsområdet är också relevant, men däremot är den modell som beskrivs inte anpassad till kunskapsläget som det ser ut idag.

Likaså är det relevant med en historisk tillbakablick och en orientering om systemsäkerhetsområdets framväxt inom andra högriskbranscher och de lärdomar som hälso- och sjukvården som ett komplext adaptivt system därigenom fått del av. Även framväxten av patientsäkerhetsområdet med tillsyn, lagar och reglersystem i hälso- och sjukvården är relevant.

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

WHO curriculum har sitt ursprung i en säkerhetssyn som domineras av ett normativt synsätt och orsak-verkansamband. Individperspektivet genomsyrar innehållet, även om Reasons *Swiss-Cheese* modell *Cheese model* används för att beskriva hur systemet bör designas för att minimera de latent faktorer som orsakar skada. Ansvar läggs dock fortfarande på individen att ta avstånd från en skuld- och skamkultur -

¹⁶ Vincent C. Patient safety, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.

med ”skall”-budskap om hur hen ska agera för att undvika att risker uppstår, att ta reda på vilka riktlinjer som gäller och att följa dem. En anpassning till systemsyn med utgångspunkt i en systemteoretisk modell som tar hänsyn till komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet skulle bättre beskriva samverkan mellan olika nivåer i systemet och hur säkerhet uppstår i adaptiva system. Om innehållet anpassas till den teoriutveckling och förändrade syn på säkerhet som skett de senaste 20 åren skulle fokus bli mer på hur säkerhet kan utvecklas och tränas individuellt och i teamsamverkan genom medvetenhet om risker och riskbeteenden, beredskap för vad som kan hända samt en ökad förmåga till anpassningar för att uppnå säkerhet och lärande.

Statistik och exempel behöver också uppdateras och anpassas till svenska förhållanden. Sverige har gedigna rapporter och sammanställningar av statistik från till exempel databaser med markörbaserad journalgranskning, kvalitetsregister, patientförsäkring, Socialstyrelsen med flera, dit det som är väsentligt att ta med i ett curriculum för patientsäkerhet i Sverige kan länkas och refereras till. En övergripande orientering i hur säkerhet mäts, vilka kvalitetsregister som finns samt förekomst och omfattning av vårdskador och de främsta skadeområdena i Sverige behövs, så att studenterna själva kan hitta kunskapen inom de kontext som är relevanta för dem.

Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety

Beskrivning

Svensk översättning av området

Varför *human factors* är viktigt för patientsäkerhet.

Motivering till området

Motivet till att *human factors* beskrivs som en nyckelfaktor för patientsäkerhet är att det utvärderar och utforskar interaktionen mellan människan och det system som människan interagerar med, med fokus på att förbättra effektivitet, kreativitet, produktivitet och arbetstillfredsställelse, med målet att minska felhandlingar.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Human factors beskrivs som ett eget ämnesområde och definieras som en disciplin som söker optimera förhållandet mellan teknik och människor; tillämpa information om mänskligt beteende, förmågor, begränsningar, och andra egenskaper i design av verktyg, maskiner, system, uppgifter, jobb och miljöer för effektiv, produktiv, säker och bekväm/ergonomisk användning.

Ergonomi innefattar interaktionen mellan individ, arbetsuppgift och arbetsplatsen.

Reasons teorier används för att beskriva hur vi kan förstå hur vi bättre kan mildra effekten av människans begränsningar. Fel beskrivs som differensen mellan vad som skulle ha blivit gjort och vad som faktiskt blev gjort.

Övergripande kunskapsinnehåll

Baskunskapen om vad *human factors* innebär är hämtad ur *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* från 2006 (med referens till en webbsida som inte går att hitta idag). Synen är att de flesta vårdskador som sker inom hälso- och sjukvård har sitt ursprung i att personalen brustit ifråga om att tillämpa principer för *human factors* i systemet. Hälso- och sjukvården beskrivs som ett system som blir säkrare genom att utveckla strategier där människor lär från misstag. Flyget utgör modell för ett högrisksystem som omfamnat *human factors* som approach för att minska riskerna.

Det fastslås att evidensbaserade riktlinjer och principer ska användas för att designa arbetsprocesser och redskap (till exempel datoriserade system, mjukvara) för att så enkelt och effektivt som möjligt genomföra uppgiften på ett säkert sätt. *Human factors* inbegriper också design av verktyg, maskiner och lokaler så att de tar hänsyn till mänskliga faktorer och variationer mellan människors förmåga, samt kunskap om vad trötthet innebär för minne, kognition och säkerhet.

Innehållet beskriver också att människor till skillnad från maskiner, kan distraheras från sin uppgift och har en förmåga att anpassa sig till variationer på gott och ont. Likaså att människor kan övertolka och misstolka situationer. Eftersom människors prestationsförmåga och koncentration kan variera beroende på inre och yttre faktorer betonas även vikten av att bygga in barriärer som ska skydda mot mänskliga faktorer.

Trötthet och stress beskrivs som de viktigaste orsakerna till misstag och olyckor. Här hänvisas till att det finns en stark evidens för kopplingen mellan trötthet och bristande prestationsförmåga. Exempel från flyget på stressreducerande åtgärder och självskattningsskalor för att bedöma sin risknivå ges. Alla som arbetar inom vården är personligen ansvariga för att utveckla strategier för att hantera sin trötthet och stress.

För att applicera ett *human factors*-tänkande i praktiken presenteras en lista på rutiner och åtgärder som studenten kan använda sig av.

- Att använda checklistor, och olika hjälpmedel för att avlasta sitt minne.
- Att följa de protokoll och beskrivningar av arbetsuppgifter som finns.
- Använda sig av beslutsstöd och handböcker som finns tillgängliga.
- Att hålla protokoll och checklistor uppdaterade.
- Att synliggöra viktiga rutiner – till exempel bilder som påminner om handtvätt,
- Att revidera och förenkla processer, till exempel överrapportering,
- Att standardisera vanligt förekommande arbetsmoment, till exempel hur/var saker förvaras.
- Att vara medveten om att man lätt kan bli distraherad och tappa fokus
- Att dagligen ta ansvar och bedöma sin egen förmåga. Akronymen IM SAFE (*illness, medication, stress, alcohol, fatigue, emotion*) föreslås som ett verktyg.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Kunskapsområdet *human factors* handlar om relationen mellan människan och systemet vilket i sig är relevant i svensk kontext. Betydelsen av att medvetet designa arbetsprocesser och teknik som tar hänsyn till människans beteende och varierande prestationsförmåga beroende på inre faktorer, som trötthet, stress etc. är aktuella och relevanta områden för svenska förhållanden idag. Trots att man inom *human factors* brukar betona interaktionen mellan människan och kontext så lägger man i curriculum mycket av ansvaret på den enskilda individen och i stället förmedlas grundantaganden där individen ses som en risk som måste kontrolleras. Till exempel genom texter som; "In fact, compared to machines, humans are unpredictable and unreliable". Enligt modern säkerhetsforskning ses människan som en resurs även om man också behöver vara medveten om hennes begränsningar.

För hantering av trötthet och stress får individen förslag på att använda självskattningsverktyg och strategier att standardisera, visualisera, skapa rutiner etc. Mycket av det som listas i curriculum är dock svårt att lägga på individens ansvar utan löses bättre på organisationsnivå (till exempel har arbetsgivaren ansvar för att tillhandahålla scheman som minimerar trötthet och främjar återhämtning). Däremot kan man utifrån hur man inom andra högriskbranscher arbetar med *Human Performance Tools* (verktyg för att på individnivå stärka förmåga att hantera säkerhet) identifiera strategier och verktyg som kan användas på individnivå. Dessa behöver i så fall anpassas till de kontext där de ska användas. Exempel på vad detta skulle kunna omfatta är arbetssätt för kritiska situationer i form av STARK (stanna, tänk, agera, revidera, kommunicera), *huddles* eller kommunikationsverktyg som SBAR. Överlag bör man dock fundera på vad studenterna ska ta med sig från detta område och vad som är rimligt och möjligt att lägga på individen. Bedömningen är därför att kunskapsinnehållet behöver skrivas om med en teoretisk utgångspunkt i MTO-perspektivet, där samspelet människa-teknik-organisation står i fokus och med mer specifik avgränsning av vilka delar av *human factors* som är viktiga för patientsäkerhet.

Human factors som ämnesområde är relevant för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård och inom alla delar av vården. Som texterna nu är skrivna är de riktade till studenter eller vårdpersonal som arbetar patientnära. För chefer, HR-personal till exempel som har ansvar för arbetsmiljö och organisation behövs ett tydligare fokus på hur de på systemnivå kan främja en arbetsmiljö, säkerhetskultur, arbetstider och organisation som stödjer *fatigue- and stress management* och hur det är relaterat till personalens hälsa och säkerhet, och vårdskador. I ett curriculum för svensk kontext bör man ta med relevant och aktuell forskning om arbetstider, sömn och trötthet, hur det påverkar kognitiva processer och beslutsfattande. Exempelvis finns det aktuell svensk forskning om hur

man kan stötta övergången till arbetslivet utifrån stress, återhämtning och oregelbundna arbetstider.¹⁷

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Kunskapsinnehållet behöver uppdateras och fördjupas (om inte i text så genom länkar och litteraturförslag). Det arbetet bör föregås av en diskussion om möjliga avgränsningar av *human factors* som område och målgrupp.

Något som behöver utvecklas och fördjupas är fysiologiska, kognitiva och psykosociala effekter av arbetstider och belastning på prestation, emotionell och kognitiv förmåga och säkerhet.

Ledningssystem för säkerhet och ledningsperspektivet med dess ansvar för arbetstider, arbetsmiljö och hantering av trötthet som en risk (eng. *fatigue risk management*) saknas. I dagens patientsäkerhetsarbete i svensk kontext ingår att integrera patientsäkerhet och arbetsmiljö. En engagerad ledning och tydlig styrning är en av de grundläggande förutsättningarna för att minska vårdskador enligt den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Säkerhetskultur nämns indirekt och finns inte utvecklat som eget område i curriculum. Eftersom kultur handlar om attityder och värderingar som påverkar beteenden på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården är det viktigt att i detta sammanhang relatera *human factors* till ett ledningsperspektiv.

Området grundas inte på någon specifik teori. För en ökad medvetenhet om risker och mänskliga begränsningar finns det flera relevanta teoretiska modeller att knyta an till. MTO-perspektivet som betonar ett integrerat synsätt skulle till exempel kunna passa in här. Ytterligare områden är hur människa och organisation interagerar med digitala verktyg och artificiell intelligens, vilka har potential att verka som både stöd och hinder för patientsäkerhet och vars införande kan påverka flera olika nivåer i systemet.

¹⁷ Frögéli, E. (2019). Testing principles from cognitive behavior therapy for preventing stress-related ill health among newly registered nurses. Inst för klinisk neurovetenskap / Dept of Clinical Neuroscience.

Dahlgren, A., Epstein, M., Rudman, A., & Söderström, M. (2020). Återhämtningsprogrammet Bädda för Kvalitet: Proaktiva strategier för återhämtning i främjandet av hälsa och arbetsprestation. Vetenskaplig slutrapport till AFA Försäkring (dnr 150024) (Nr 2020:3). Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.

Söderström, M., Epstein, M., & Dahlgren, A. (2020). Återhämtningsprogrammet Bädda för Kvalitet: Innehåll, upplägg och utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.

Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care

Beskrivning

Svensk översättning av området

Att förstå system och hur komplexitet påverkar vården av patienter.

Motivering till området

Området motiveras med att det är viktigt att förstå att det som alla individer gör i sjukvården sker inom det system som hälso- och sjukvården är. För att förstå varför människor ibland gör fel, och för att förstå hur systemet kan stödja så att det blir rätt behöver de som arbetar i sjukvården ha kunskap om vad system är.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Området utgår från beskrivningar av individers ansvar (som beskrivs som den traditionella synen/teorin) och komplexa system (som beskrivs som den nya synen/teorin). Två olika modeller som anges vara exempel på förståelse av komplexa system anges, den så kallade *Swiss Cheese model* och HRO.

Struktur

Med utgångspunkt från ett kliniskt exempel följer en beskrivning i ett antal stycken av först den traditionella synen och sedan den nya med text om de två modellerna (se ovan). Enstaka tabeller och figurer finns som förklarar teoretiskt innehåll.

Beskrivning av innehåll:

Avsnittet inleds med en beskrivning av en händelse där en patient (och flera andra) av misstag fick ett outspätt kontrastläkemedel injicerat vilket ledde till risk för skada. Exemplet belyser att risker i sjukvården uppstår i ett system av flera delar i en sjukvårdsorganisation och i flera steg.

I en introduktion beskrivs sedan att säkerhet inte enbart beror på att enskilda medarbetare har rätt kunskap och färdigheter, utan att säkerhet beror på samverkan i hela systemet av individer och delar i organisationen, och att det därför är viktigt att förstå vad ett system är, som avsnittet kommer att handla om.

Som nyckelord anges system, komplexa system, och HRO.

I nästa del kommer en beskrivning av vad studenter behöver kunna om system i sjukvård, med en beskrivning av termen system, med analogi till system i biologi och en beskrivning av vad ett komplext system är med sjukvård som exempel. Därefter ges en utförlig förklaring varför hälso- och sjukvård kan beskrivas som ett komplext system, och varför det är viktigt att förstå det. Beskrivning av ingående delar, individer med olika sorters kunskap, teknik, organisation. Denna del avslutas med en sammanfattning

som understryker att ett systemtänk hjälper oss att förstå bakomliggande organisatoriska orsaker till att misstag begås, snarare än att fokusera på individuella misstag.

I nästa del kommer en redogörelse för det ”traditionella” sättet att se på fel i vården som individuella misstag, med risk för en skuld- och skamkultur. Detta leder vidare till ett resonemang om *second victim* – att den hälso- och sjukvårdspersonal som är inblandad i en händelse där en patient skadas, också drabbas med skuld- och skamkänslor, och att det till exempel kan leda till en obenägenhet att rapportera incidenter och att bidra till det gemensamma lärandet. Ett systemtänk lyfter blicken från att bara se på individens ansvar till att värdera det organisatoriska ansvaret, även om förstås också individen har ett ansvar för sina handlingar.

I nästa del med rubriken ansvarighet beskrivs att alla i hälso- och sjukvården har legala och etiska yrkeskrav, men att de ser olika ut i olika länder. I en tabell med förklaringar redogörs för olika mediko-legala termer. Med ett kliniskt exempel som bakgrund diskuteras hur både yrkesverksamma och studenter i sjukvården har ansvar, men att det också åligger organisationen ett ansvar när något går fel. En kort beskrivning av att patienterna också är en del av systemet. Hälso- och sjukvården måste kunna ta hand om patienter med olika bakgrund och förmågor.

Nästa del heter ”The new approach” – det nya angreppssättet. I den redogörs först kort för vad ett systemtänk betyder för hur man kan förstå en vårdskada. Härfter kommer en beskrivning (enligt James Reason) av vilken sorts faktorer i system hälso- och sjukvården man behöver beakta i den förståelsen. Detta leder till en översiktlig beskrivning av den teoretiska bakgrunden till *Swiss Cheese model*, med en kortfattad beskrivning av den metoden med några illustrationer.

Innehållet i detta avsnitt avslutas med ett stycke om hur studenter sägs kunna använda kunskaperna. Det är ett ganska omfattande stycke som helt handlar om vad en HRO är med exempel från sjukvård.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Detta område är relevant i Sverige, och adresserar viktiga utmaningar. Även om systemaspekter är kända, till exempel inskrivna i patientsäkerhetslagen, är kunskaperna om vad det innebär för arbetet med patientsäkerhet, generellt för låga på alla nivåer.

Även om mycket är relevant utifrån hur vi ser på patientsäkerhet i Sverige idag, behövs bearbetning så att något kortas ner, något tas bort och något tillförs för att teckna en fullständigare och relevantare bild av området (se nedan om kunskapsinnehållet).

Detta område är viktigt i all utbildning om patientsäkerhet, både för studenter till alla vård- och omsorgsprofessioner, och till de som arbetar på olika nivåer i sjukvården, både

ledning och praktiker, både i regioner och kommuner. Kunskap om individ- och system-aspekter på patientsäkerhet är viktig för att förstå varför saker går fel och rätt, och för att leda och styra, och arbeta i sjukvården. Omfattning och djup behöver anpassas till mål-grupp.

Bedömning av kunskapsinnehållet och behov av anpassning

Kunskapen är i mångt och mycket aktuell. Givet utvecklingen inom kunskapsområdet sedan 2005-2011, och i en svensk kontext saknas dock:

- Begreppen makro-, meso-, mikrosystem som är väl etablerade och viktiga i beskrivning av sjukvården som system
- Vikten av att förstå systemavgränsningars betydelse för att förstå ett problem - system kan vara enkla, komplicerade eller komplexa. Olika säkerhetslösningar är aktuella i olika sorters system. Det är viktigt att förstå, till exempel för att förstå varför checklistor är bra i en miljö men inte lika bra i en annan.
- Säkerhetsbegreppen *Safety I* och *Safety II*, och resiliens
- Organisatoriska olyckor – se ovan om *Swiss cheese model* och HRO
- Patient och närstående som medskapare

”Systemtänk” beskrivs som ”...the new approach”, i förhållande till det gamla individtänket – ”...the old approach” med *blame- and shame-culture*. Det är en viktig distinktion att individ- och systemtänk finns och är viktiga, men det är det knappast längre aktuell terminologi att skriva om gammal och ny, så det behöver ses över.

Den inledande långa texten om systemkunskap och systemförståelse är överlag bra och relevant, men kan kortas något. Den behöver kompletteras enligt ovan. Den del som heter ”Accountability” med tillhörande tabeller om medikolegala aspekter måste revideras kraftigt och kortas. Den är skriven från ett anglosaxiskt perspektiv, och behöver anpassas till svensk tradition och lagstiftning. Den del som handlar om James Reasons *Swiss Cheese model* är bra eftersom den beskriver en välkänd och etablerad modell för säkerhet i sjukvården. Men det behöver tydligare framgå att detta bara är en av flera modeller, som kan beskrivas som modeller för organisatoriska olyckor, och några andra modeller skulle kunna redovisas. Under rubriken ”How students should apply this knowledge” finns ett långt stycke om HRO, det är en konstig placering av text om HRO. HRO är en sådan alternativ modell till *Swiss Cheese model*. Det är bra att HRO beskrivs, men omfattningen är för stor i förhållande till dess betydelse, och kan kortas och flyttas till ett sammanhang där teorier om organisatoriska olyckor beskrivs.

Det är generellt lite väl anglosaxiskt pratigt och kan därför generellt redigeras och kortas ner för att få ett effektivare språk. Omfattningen totalt är bra, men när texten effektiviserats enligt det föregående, och något tas bort och något läggs till, blir sannolikt omfattningen ungefär likadan. Strukturen är bra, men kommer behöva bli bearbetad då delar tas bort/läggs till. De exempel som finns är bra och relevanta även för Sverige, men det måste vara bättre att hitta exempel även från svenska källor, det kommer uppfattas trovärdigare.

Detta område innehåller inte data av sådan karaktär att den behöver uppdateras.

Topic 4: Being an effective team player

Beskrivning

Svensk översättning av området

Detta område kan översättas till Säkert teamarbete/ Att vara en effektiv teammedlem. Området innehåller ett antal begrepp, akronymer och uttryck som behöver svenska översättningar till exempel *human factors*, Crew Resource Management (CRM), *assertive statement*, Describe, Express, Specify, Consequence (DESC).

Beskrivning

Området inleds med en beskrivning av varför teamarbete och icke-tekniska färdigheter är viktigt. Författarna beskriver hur god vård är helt avhängigt av att personer med olika nyckelkompetensen samarbetar och kommunicerar med varandra och patienten. Avsnittet fortsätter att belysa team genom att ge en beskrivning av alla kompetenser som ingår i teamet kring en födande kvinna. Vidare lyfts resonemanget att sammansättning av team och förutsättningar för teamarbete ser olika ut i olika kontexter.

Som övergripande mål för detta område beskrivs att studenter efter att ha genomgått utbildningsmodulen förstår betydelsen av teamarbete för säker vård och hur man är en effektiv/bra teammedlem. Vidare lyfts som mål att deltagarna inser att man även som student kommer att vara del av många olika slags team i sjukvården.

Avsnittet utgår från att studenter inte har så mycket egen erfarenhet av att ingå i team i vården, särskilt i början av sin utbildning.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Vad är ett team?

I detta avsnitt definieras team som multidisciplinära och att olika teammedlemmar har olika och komplementära kompetenser och roller men delar uppgift, mål och fattar beslut tillsammans.

“A distinguishable set of two or more people who interact dynamically, interdependently and adaptively towards a common and valued goal/objective/mission, who have been each assigned specific roles or functions to perform and who and who have a limited lifespan of membership”

E Salas

Det finns olika typer av team

Team kan jobba nära varandra eller vara utspridda i tid och rum då de samarbetar kring en patient. Vissa team har medlemmar som arbetar ihop under lång tid, många team jobbar tillsammans en kort stund kring en uppgift. Avsnittet beskriver olika typer av team:

- Vårdteam som är i direkt kontakt med och arbetar med den dagliga vården av patienter
- Koordinerande team som leder och samordnar operativ verksamhet
- Larm team- som kallas samman för att lösa en akut uppgift
- Team med stödjande roller såsom städteam, administrativa team, sterilcentralens team, team i sjukhusledning, stab osv.

Teamarbete är kopplat till god kvalitet och säkerhet

I kapitlet presenteras en översikt av forskningsstudier (se Tabell B. 4.1). Som sammanfattar effekter på kvalitet och säkerhet av effektivt teamarbete.

Säkert teamarbete

I detta avsnitt beskrivs hur effektiva team kan skapas genom tillämpning av kunskaper från *human factors* forskningen om vad som stödjer teamarbete och kommunikation. Avsnittet utgår från en beskrivning av framväxten av CRM inom flyget och andra högrisk industrier som ett sätt att stödja säkert teamarbete och fånga upp risker innan de leder till olyckor. Avsnittet gör en historisk återblick till olycksförlopp som ledde till lärande inom *human factors*. Vidare lyfts insikten om att det vid sidan av tekniska färdigheter även behövs icke-tekniska färdigheter såsom situationsmedvetenhet, teamarbete, kommunikation, samarbetsförmåga, färdigheter att jobba i team och lära tillsammans. Kapitlet utgår från TeamSTEPPs programmet som är ett exempel på en CRM utbildning som anpassats för hälso- och sjukvården och som används inom många hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Vad kännetecknar bra team?

I detta avsnitt görs en kort genomgång av teamutveckling och hur ett effektivt teamarbete påverkas av gruppdynamik. Avsnittet beskriver att de flesta team genomgår fyra faser: Teamet kan arbeta ihop under alla fyra faserna men ägnar tid och energi åt fler saker än uppgiften. Bygga teamet (*forming*), i denna fas sätts teamet samman, i nästa steg skapas eller etableras gemensamma spelregler för samarbetet (*norming*), i nästa fas hittar teammedlemmarna sina inbördes roller, denna fas kan vara turbulent och konflikter kan uppstå (*storming*), slutligen då teamet hittat ett gemensamt arbetssätt kan de fokusera helt på uppgiften (*performing*). Avsnittet beskriver även vikten av teamledning ur såväl ledar- som teammedlemsperspektiv.

Förutsättningar för teamarbete

I nästa del diskuteras hur förutsättningar för teamarbete och lärande påverkas av om medlemmarna upplever psykologisk trygghet (*psychological safety*). Begreppet myntades av forskaren Amy Edmondson som lyfte hur en kultur där teammedlemmar vågar göra fel och misstag, fråga om de är osäkra och erbjuds stöd om de gör fel påverkar förutsättningarna för såväl teamarbete som individuellt och organisatoriskt lärande. Psykologisk trygghet är även viktigt då teamarbete tränas. Avsnittet går sedan vidare och diskuterar vikten av att säga ifrån, kommunicera en risk och att stå på sig om man som teammedlem upptäcker en risk. Tekniker som tas upp för att flagga risker är *Two challenge role*, Strukturen CUS (*Concerned, Uncomfortable, This is a Safety issue*).

Slutligen lyfts DESC – en teknik som utvecklades av Sharon och Gordon Bower för att ge feedback på ett sätt som inte väcker konflikter.

DESC står för *Describe, Express, Specify, Consequence*:

Describe : Beskriv beteendet/situationen så fullständigt och objektivt som möjligt. Bara fakta! *Express* - Uttryck dina känslor eller tankar om beteendet/situationen. Prova att frasera ditt uttalande med "jag" och inte "du". *Specify* - Ange vilket beteende/resultat du skulle vilja se. *Consequence* - Ange konsekvenserna om detta händer. (Både positivt och negativt)

Vidare lyfts även kommunikation som centralt verktyg i teamarbete och olika verktyg för säker och effektiv kommunikation presenteras såsom SBAR (ISBARQ), att tänka högt (*Call outs*), tekniker för att bekräfta att mottagaren uppfattat kommunikationen (*Teach/Check back*) och strukturerade överrapporteringar,

Hinder för effektivt teamarbete.

I det sista avsnittet diskuteras hinder för effektivt teamarbete. Vissa utmaningar går ej att påverka såsom att många verksamheter har team som enbart arbetar ihop kortvarigt eller att roller förändras genom utveckling av professionerna och av vården. Nya vårdformer såsom egenvård förändrar förutsättningarna för teamarbete och kommunikation och rollerna i teamet. Hierarkier i sjukvården och att det fortfarande finns ett stort mått av individsyn påverkar. Teamarbete/icke-tekniska färdigheter värderas ej. I detta avsnitt diskuteras även tre huvudsakliga sätt som teamarbete kan misslyckas: oklar definition av roller, brist på tydlig och uttalad koordinering/ledning och kommunikationsbrister.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Detta område är mycket relevant för en svensk kontext. De exempel som ges skulle behöva byggas ut, i denna version är de exempel på arbetssätt lättast att se tillämpningar för team som arbetar synkront i till exempel sjukhusmiljöer. Området lyfter även andra team i andra kontexter men exempel och arbetssätt skulle behöva anpassa till olika teamtyper i olika vårdkontexter och till team som arbetar asynkront kring en patient som till exempel rehabteam eller team i hemsjukvård.

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Kunskapsinnehållet stämmer väl med TeamStepps, som är en anpassning av curriculum med CRM för sjukvården. Det stämmer också väl med de curricula för säkert teamarbete som används vid fullskalig simulering i Sverige men kan behöva anpassas. CRM-koncept kan förstärkas och exemplifieras tydligare genom fall och exempel på situationer från vardagen i olika kontexter. De teorier för team som lyfts är relevanta men skulle kunna kompletteras, till exempel med innehåll om hur team kan anpassa sina arbetssätt för oväntade situationer och hur områdets synsätt på teamarbete som springer ur HRO-litteraturen är kopplat till ex *adaptive coordination* och hur team kan bidra till resiliens. Likaså skulle andra gruppdynamiska teorier kunna komplettera området. I detta område finns inte mycket på meso- och makronivå om hur sjukvården kan organisera för att förutsättningar ska finnas för säkert teamarbete och vad ledningens roll i ett sådant arbete innebär, dessa områden skulle behöva byggas ut och fördjupas med exempel på säkra arbetssätt i den kliniska vardagen såsom *Timeout*; inför uppgift respektive reflektion efter uppgift, och *Early Warning Scores*; avstämningar löpande för att bygga och upprätthålla en delad situationsmedvetenhet.

Topic 5: Learning from errors to prevent harm

Beskrivning

Svensk översättning av området

Att lära av fel för att förhindra vårdskada. Rubriken är delvis missvisande. Innehållet handlar inte så mycket om att lära av fel, mest handlar det om fel, se nedan.

Motivering till området

För att kunna utveckla säkerheten och arbeta säkert måste man veta hur fel uppstår, vilka fel som finns och hur man kan lära av analys av fel.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Säkerhet definieras som att det inte blir fel, och säkerhet åstadkoms genom lärande av analys av det som går fel. Detta kallas med modern terminologi *Safety I*.

Struktur

Med utgångspunkt från ett kliniskt exempel följer en beskrivning i ett antal stycken av det teoretiska innehållet. Rubriker och underrubriker är inte alltid systematiska i förhållande till innehållet. Det finns enstaka faktarutor och figurer som förklarar teoretiskt innehåll.

Beskrivning av innehåll

Avsnittet börjar med en tragisk historia om ett barn som hos tandhygienist av misstag råkar svälja en fluorlösning som hade för hög koncentration, blir allvarligt förgiftad och avlider efter flera misstag i det akuta omhändertagandet på sjukhus.

I en introduktion beskrivs sedan att det är viktigt att lära av fel och misstag, både som individ och för systemet, för att förbättra vården, att alla studenter därför måste förstå olika sorters fel och misstags natur och orsak så att de kan förstå hur fel och misstag kan undvikas.

Nyckelord i avsnittet: Fel, överträdelse, näramissar, efterklokhet, rotorsaksanalys.

I ett relativt långt avsnitt beskrivs och definieras olika begrepp – fel, misstag, överträdelse etc., och i text och tabell redogörs för James Reasons definition av olika sorts fel (*error*).

Härefter redogörs för olika situationer där risken för fel är större – bristande erfarenhet, ont om tid, bristande kontroller, dåliga processer, bristande information.

Vidare beskrivs individuella faktorer som medför ökad risk för fel – begränsad minneskapacitet, oförmåga/ovillighet att be om hjälp, trötthet, stress, hunger, sjukdom, språk/kulturella faktorer, ”farlig attityd”.

Härefter kommer ett avsnitt med rubriken – Sätt att lära av fel. Först beskrivs avvikelshantering, vad det är, varför det är viktigt, och faktorer som gör att man kan få ett fungerande system och lärande från rapporterade avvikelser, med ett ganska långt avsnitt om organisations- och patientsäkerhetskultur. Därefter, under rubriken rotorsaksanalys, beskrivs översiktligt hur man kan utreda fel, med angivande av två olika metoder – *London Protocol* (Charles Vincent), och *Veterans Affairs* modell för Root Cause Analysis (RCA), utan att beskriva hur man går till väga när man använder metoderna för en utredning.

Därefter beskrivs ”strategier för att minska fel”, där studenter för att minska fel uppmanas att vara uppmärksamma på olika faktorer som ökar risker för fel enligt de tidigare beskrivna situationerna/faktorerna. Ett antal högrisksituationer beskrivs.

I en avslutande sammanfattning beskrivs att fel i sjukvården är komplext, men att det är mänskligt och naturligt att kunna fela. Några generella tips för att minska riskerna ges. Systemaspekter betonas, och att det är viktigt att utreda med rotorsaksanalys.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Kunskapsområdet är relevant i Sverige. Det är viktigt att förstå och kunna om fel och misstag i vården, och risksituationer för fel och misstag, och principer för hur man minskar de riskerna, och hur man utreder fel och misstag när de inträffar. Men det saknas beskrivning av hur man kan lära även av de situationer när fel och misstag inte sker, hur man kan förstå och lära av helheten i arbetsprocesserna (*Safety II*).

De kunskapsbeskrivande texterna är delvis relevanta, kunskapsinnehållet behöver anpassas både till nutid och en svensk kontext, annars är språk och struktur bra. Rubriken motsvarar dock inte innehållet, den är delvis missvisande. Innehållet handlar inte så mycket om att lära av fel, mest handlar det om fel.

Med den bearbetning som behövs av kunskapsinnehåll (och delvis struktur) kan detta område användas för utbildning både av studenter och medarbetare i vårdens alla professioner, ledning, och både i kommuner och regioner.

Bedömning av kunskapsinnehållet och behov av anpassning

Den inledande delen om fel (*error*) handlar, inklusive en tabell, alltför mycket om klassifikation av olika slags fel. Det är inte helt relevant idag, och har inte stor betydelse för arbete med patientsäkerhet, och delen bör därför bearbetas och kan kortas.

Till kunskapsinnehållet behöver föras kunskap om lärande av allt som händer i vården, både det som går dåligt och det som går bra, och om att lära av de anpassningar som alltid görs (*Safety II* och resiliens).

Delarna om risker (situationer och individrisker) är relevanta och bra, men det bör tillföras en beskrivning av risker i system. Texterna behöver också anpassas till svenska förhållanden.

Den del som handlar om lärande av fel genom avvikelshantering är överlag bra, men texten behöver anpassas till svenska förhållanden. Det saknas dock fokus på ledningssystem för säkerhet som ett viktigt sätt att arbeta med erfarenhetsåterföring och lärandeprocesser i en organisation.

Den del som handlar om lärande av fel genom utredning av fel behöver bearbetas helt, så att den passar i ett svenskt sammanhang, med hur vi beskriver utredningar i lagar, föreskrifter, handböcker och praxis. I delen nämns nu två metoder. Det är sannolikt bäst att delen har en metodneutral beskrivning om utredningar först, och sedan dels hänvisar till att det finns många olika metoder, dels översiktligt beskriva de metoder som rekommenderas i handböcker från SKR.

Resultat/data om skador/vårdskador ur SKR:s MJG-arbete (och kanske några kvalitetsregister) bör tillföras för att illustrera omfattningen av skador i vården.

Topic 6: Understanding and managing clinical risk

Beskrivning

Svensk översättning av området

Riskhantering i teori och praktik

Motivering till området

Att ha fungerande system inom en organisation, som identifierar risker och rättar till potentiella risker innan de äger rum.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Det teoretiska ramverket utgörs av James Reasons *Swiss Cheese model* från 1990-talet i form av ett kortare bokkapitel¹⁸.

Struktur

Inleds med en lång och delvis ostrukturerad introduktion. Därefter kommer ett längre avsnitt om hur inhämtning av information om risker går till. Ett sista kortare avsnitt handlar om olika strategier för att hantera risker.

Beskrivning

Området inleds med ett exempel på en patients perifer venkateter, som inspekteras först 48 timmar efter att den sattes dit och hur en nekros i huden då har hunnit utvecklas.

Riskhantering anses generellt handla om att skapa och bibehålla säkra system, som är designade att minska antalet avvikelser och förbättra mänskliga prestationer.

Riskhantering i en klinisk miljö anses handla om att förbättra kvalitet och säkerhet i vården genom att identifiera omständigheter och situationer där patienter utsätts för risk för att därefter förebygga eller kontrollera de riskerna.

En fyra-steps-modell lyfts fram för att hantera risker i vården: identifiera risken (1), bedöma omfattning och allvarlighetsgrad (2), reducera eller avlägsna risken (3), uppskatta kostnadsbesparingen eller kostnaden för utebliven hantering av risken (4).

Det förs ett resonemang om visuellblåsares roll i vården där en skuldbeläggande kultur avseende rapportering av risker inom vården kan vara en orsak till underrapportering av avvikelser, men där vägran eller oförmåga hos organisationen att ta itu med risker gör att vissa individer känner sig tvingade att vädra sina synpunkter i andra forum.

Den amerikanska modellen *Root Cause Analysis* (RCA) presenteras, som en strukturerad metod för organisationer att hitta bakomliggande orsak till problem, avvikelser eller risker där en väsentlig del är implementeringen av de åtgärder som framkommer.

¹⁸ Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. Clinical risk management. London, British Medical Journal Books, 2001:9–14.

Det presenteras sex olika övergripande aktiviteter för att hantera risker i klinisk miljö:

- Avvikelsehanteringssystem, som möjliggör monitorering och därmed förebygger liknande avvikelser där nyckeln är att vårdpersonalen rutinmässigt rapporterar avvikelser.
- Identifiering av allvarliga händelser, där innebörden är en särskild avvikelse som aldrig borde ha kunnat inträffa och där obligatorisk rapporteringsskyldighet förs fram som en möjlighet.
- Klagomål från patienter eller anhöriga, som kan identifiera delar av vårdens organisation där det finns förbättringspotential.
- Klagomål från patienter och anhöriga, som kan identifiera vårdpersonal som inte lever upp till professionell standard.
- Obduktioner, för att utreda och fastställa dödsorsaker.
- Lämplighetsbedömning av vårdpersonal, för att försäkra att vårdpersonalen är frisk, har de kvalifikationer och den kompetens som krävs för arbetet på grund av att arbetsmiljön med långa arbetspass, psykisk påfrestning, kommunikationsproblem och trötthet kan utgöra risker.

Det avslutande textavsnittet presenterar olika strategier hur studenter kan förstå och hantera risker i den kliniska miljön:

- Känna till hur risker på arbetsplatsen rapporteras
- Vara noggrann vid journaldokumentation
- Känna till när och hur man bör be om hjälp från erfaren arbetskamrat
- Deltagande i möten som handlar om riskhantering och patientsäkerhet
- Visa engagemang i patient och anhöriga efter avvikelser
- Visa engagemang i klagomålsärenden

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Sammanfattningsvis är området i hög grad relevant i en svensk kontext, men där texterna skulle behöva uppdateras. Det inledande exemplet fungerar bra för att belysa den efterföljande texten.

I takt med att hälso- och sjukvården i Sverige blir alltmer komplex genom exempelvis fler organisatoriska enheter och nivåer, ökad digitalisering och förändrad demografi blir riskhantering alltmer nödvändig, men samtidigt också en alltmer mångfacetterad procedur. Området adresseras dock på ett sätt som tycks utgå från en idé om att hälso- och sjukvårdsorganisationer i grund och botten är säkra, där individer och individers beteenden är risker som ska hanteras.

I ett svenskt curriculum kan omfattningen av området vara oförändrat. Dock skulle stora delar behöva skrivas om. Inledningen skulle behöva utvecklas för att visa på den stora spännvidden av risker inom en stor organisation. Den del av textmaterialet, som visar på en handfull metoder att kliniskt arbeta med riskhantering kan översiktligt användas,

men bantas ned och struktureras om. De delar som handlar om ackreditering, licensiering, intygsprovning och visseblåsare kan helt plockas bort då det saknar svensk relevans. Det är även tveksamt om avsnittet som tar upp obduktion är relevant för svenska förhållanden.

Området i sin helhet är relevant för alla nivåer inom hälso- och sjukvård och för samtliga personalkategorier inklusive de i ledande positioner.

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Sammanfattningsvis är kunskapen inom området inaktuell. Det som framför allt saknas är andra teorier än kausalsambandsteori när det gäller att beskriva hur risker uppstår, ex icke-linjära samband eller makroperspektiv vid riskhantering på mikronivå.

Andra teorier än de som presenteras har varit allmänt kända inom risk- och säkerhetsforskning sedan flera år innan WHO:s curriculum skrevs, men det är tydligt att curriculum här i princip uteslutande lutar sig mot det som ofta benämns James Reasons *Swiss Cheese model* från 1990-talet där identifierade risker kan reduceras eller avlägsnas för att säkra systemet. Det som saknas, och som fanns redan när curriculum skrevs, är exempelvis Charles Perrows teorier om hur risker för avvikelser ökar när antalet komponenter i ett system ökar, Jens Rasmussens teorier om hur risker ökar när en organisation tänjer på gränserna för arbetsbelastning, effektivitet och säkerhet och Diane Vaughans teori om organisationers gradvisa acceptans av risker om det blir ett normalt arbetsmönster att avvika från rutiner.

Efter att WHO:s curriculum skrevs har kunskapen utvecklats vidare till att även innefatta exempelvis Erik Hollnagels teorier från 2010-talet om resiliens när risksituationer varierar inom en organisation med bland annat färre inslag av kontroll och styrning för att istället ha mer fokus på anpassningsförmåga och variation hos individ och organisation.

Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care

Beskrivning

Detta område är relevant för patientsäkerhet men en egen kärnkompetens och beskrivs därför översiktligt.

Svensk översättning av området

Hur kan du förbättra vårdens kvalitet och säkerhet?/Metoder för systematiskt förbättringsarbete i vården

Övergripande mål för avsnittet

Beskriva principerna för förbättringsarbete och de grundläggande metoder och verktyg som används för att kartlägga, genomföra och följa upp förbättring av patientsäkerhet.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Avsnittet börjar med att sammanfatta grundsatser för kvalitetsförbättring med utgångspunkt från Deming och Nolans *Model for improvement*. Vidare diskuteras skillnader mellan forskning och kvalitetsarbete. Förutsättningar för att sätta igång ett förbättringsprojekt diskuteras och faser i kliniskt förbättrings/implementeringsarbete beskrivs: projektfasen, diagnostiska fasen, interventionsfasen, förvaltning och ständiga förbättringar.

Avsnittet sammanfattar ett antal kvalitetsförbättringsmetoder:

- Förbättringsverktyg (flödeskartläggning, Ishikawa / *Fishbone diagram*), *Pareto diagram*, histogram, tidseriediagram).
- Verktyg för den diagnostiska fasen som beskrivs och som har koppling till patientsäkerhetsarbete är:
- *Händelseanalys*: I kapitlet exemplifieras *Root Cause Analysis* (RCA) metoden och Veterans Affairs administrationsfrågor: Kommunikation, Miljö, Utrustning, Barriärer, Riktlinjer, policies, procedurer, Utmattnings/Schemaläggning
- *FMEA*: Vidare lyfts metoder för riskanalys såsom *FMEA - Failure Mode Effect Analysis*

Avsnittet lyfter även visualisering och kartläggning av variation i praxis och i utfall som en viktig ingång för förbättringsarbete.

Vidare beskrivs systematiskt förbättringsarbete genom upprepade tester där PDSA-hjulet används och vikten av mätning och uppföljning. Olika typer av mått diskuteras, såväl process, balanserande mått och utfallsmått.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Området är relevant i en svensk kontext men kan möjligtvis täckas redan i andra kurser på flera grundutbildningar.

Bra att det finns med i ett curriculum om patientsäkerhet men exempel som inkluderas skulle kunna fokusera ännu tydligare på patientsäkerhetsproblem som fokus för såväl exempel som personliga förbättringsarbeten.

Bedömning av kunskapsinnehållet

Förbättringskunskap och metoder för systematiskt kvalitetsarbete och implementering är relevant även för förändringar som syftar till att öka patientsäkerheten. Metodiken från systematiskt förbättringsarbete enligt Nolan kan användas även för att arbeta med förändringar i syfte att förbättra patientsäkerheten. Likaså är det viktigt att göra riskanalyser inför större förändringar Området skulle kunna kompletteras med en inledande beskrivning av hur kvalitet och patientsäkerhet är kopplade. Här finns till exempel God Vård definitionen att utgå ifrån. Förbättringskunskapens metoder för problembeskrivning kompletteras här med exempel på analysmetoder såsom RCA och FMEA.

Rimlig nivå och omfattning för en modul i en kurs om patientsäkerhet. Bra och begripliga beskrivningar av olika förbättringsverktyg, *Clinical Practice Improvement* stegen. Möjligen viss obalans mellan RCA och FMEA (relativt sätt lång beskrivning av FMEA). Skulle kunna kompletteras med andra verktyg för att upptäcka förbättringsmöjligheter såsom till exempel simulering. Avsnitt om mått är på en rimlig nivå. Skulle kunna problematisera något mer kring varför just mätning av säkerhet kan vara en utmaning och koppla till andra kvalitetsaspekterområden.

Topic 8: Engaging with patients and carers

Beskrivning

Svensk översättning av området

Att engagera patienter och anhöriga i patientsäkerhetsarbete

Motivering till området

Många hälso- och sjukvårdssystem världen över har en målbild att vara patientcentrerade medan det i verkligheten är en lång väg att gå. En öppenhet och ärlighet är viktigt i kommunikation med patient och anhörig inte bara efter att en skada eller misstag i vården inträffat utan även ifråga om information om risker vid beslut om vård och behandling. Rationalen för detta är att om patienten är delaktig hela vägen har de en större förståelse för underliggande faktorer som kan bidra när ett misstag eller en vårdskada inträffar. Det är dock viktigt med frivillighet eftersom många sjuka är både sköra och svaga när de genomgår vård och behandling.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Det saknas teorianknytning eller teoretiska modeller till de kommunikationsverktyg som presenteras till exempel:

- *The Harvard Framework for disclosure*¹⁹ används som beskriver processen i 7 steg: 1) förberedelse, 2) initiera ett samtal, 3) presentera fakta 4) aktivt lyssna 5) bekräfta det som blivit sagt 6) sammanfatta samtalet 7) dokumentera samtalet.
- *SPIKES* presenteras som kommunikationsverktyg; 'Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary' (SPIKES) för att stödja personalen i svåra samtal.²⁰

Övergripande kunskapsinnehåll

1 Basala kommunikationstekniker handlar om

- Vad informerat samtycke är samt processen kring att införskaffa det.

¹⁹ Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006

²⁰ Developed by Robert Buckman, MD, Associate Professor of Medical Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada. Modified from: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13–17.

- Vad patienten behöver ha kunskap om:
 - Diagnos och huvudproblem
 - Osäkerhet kring diagnos eller problem
 - Risker, kostnader, nytta etc. involverade i behandling / lösning
 - Förväntad återhämtningstid
 - Information om behandlare: namn, titel, anställning, erfarenhet etc.
 - Behandlingens tillgänglighet, kostnader, service etc.
 - Verktyg för god kommunikation till exempel *SEGUE Framework* utvecklad av Northwestern University (Chicago, IL, USA)²¹ *Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, End the encounter.*
- Kulturell kompetens som innebär kompetens, förmåga och attityder som personalen behöver ha för att bemöta anhöriga på rätt sätt (utifrån Australian *Patient Safety Education Framework*, APSEF).

2. Patient och anhörigengagemang beskriver effekten av patient och anhörigmedverkan utifrån vad forskningen visar. Betydelsen av vårdkontinuitet för att öka kvalitet i vården vid överflyttningar mellan olika vårdinstanser, att patienters berättelser och erfarenhet kan bidra och hur detta kan vara till hjälp att inspirera andra.

3. Avsnittet om "open disclosure" är omfattande och beskriver

- Vad patienter vill ha
- Barriärer för ärlighet/öppenhet efter en negativ händelse
- Nyckelprinciper för *open disclosure*
- Ett flödesdiagram över processen från New South Wales är infogat (som är inaktuell)
- *The Harvard Framework for disclosure*²² beskrivs
- Avancerade kommunikationsprinciper om hur patienter och anhöriga kan bli engagerade, bla SPIKES kommunikationsverktyg beskrivs steg för steg

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Detta område har stor aktualitet och är relevant för svensk kontext och lagstiftning som lyfter flera olika aspekter av patientens/anhörigas, rättigheter till information och medverkan i sin egen vård och i patientsäkerhetsarbete.

Aktuella områden i svensk kontext.

- Vårdgivares skyldighet att informera och involvera patienter och anhöriga i patientsäkerhetsarbete samt deras rättigheter har skärpts genom Patientsäkerhetslagen 2010:659 med flera lagar under de senaste 10 åren

²¹ Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136–140

²² Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006

1. Att informera patienter om risker och komplikationer så att patienten är insatt i såväl förväntat förlopp som risker och när de bör söka vård eller lyfta upplevda risker för avstämning med vårdpersonal.
 2. Att öppet berätta för patienter att det skett ett misstag eller en avvikelse när det uppdagas
- Patienters delaktighet i vård och behandling som aktiv, informerad part i sin egen vård. Att en välinformerad, delaktig patient som vet vilka risker som finns med en behandling kan ju flagga risker som de ser.
 - Teori och forskning om patient/personcentrerad vård bör få stor vikt i detta avsnitt som kan vara till hjälp att inspirera andra, om vad patientens erfarenhet kan bidra med.
 - Vårdkontinuitet och fast vårdkontakt för att höja kvalitet på överflyttningar mellan olika vårdinstanser är ett annat relevant område som skärpts med lagen om samverkan som trädde i kraft 2018. (Lag 2017:612).

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Innehållet bör ta utgångspunkt i svensk lagstiftning och kontext. Till exempel är kommunikation om informerat samtycke och processen att införskaffa det en viktig del men som kan se väldigt olika i en svensk kontext jämfört med länder där det är ett viktigt juridiskt steg.

Basala kommunikationstekniker och verktyg som tas upp i WHO:s curriculum behöver ses över och uppdateras så att de är aktuella i Sverige idag.

Det är grundläggande att utgå från teori och evidens och den forskning som grundar sig i relevanta begrepp och modeller. En förankring i systemteoretiska modeller för samverkan och kommunikation med patienten som aktiv part i sin egen vård är relevanta att använda.

Topic 9: Infection prevention and control

Beskrivning

Svensk översättning av området

Skydd mot och kontroll av infektioner. Språkligt ganska klumpig översättning av rubriken, det borde vara bättre med något med Vårdrelaterade infektioner som är ett välkänt begrepp, men det ingår andra delar också, så rubriken behöver vara ganska bred.

Motivering till området

Området motiveras med att korrekt hantering av risker i samband med infektioner och arbete med att minska vårdrelaterade infektioner är mycket viktig då det är en stor, och kostsam, del av arbetet med patientsäkerhet,

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Mycket bygger på ett individperspektiv, det är viktigt att göra rätt som individ. I övrigt inte relevant att diskutera teori/modeller för detta område.

Struktur

Det är svårt att beskriva strukturen, eftersom den i stora stycken saknas eller är svår att förstå. Det börjar med en bakgrundsdel, går över i en beskrivnings- och kunskapsdel, och avslutas i en ”vad som är viktigt att kunna och göra del”. Men gränserna mellan delarna är otydliga, det är svårt att hitta rätt i läsningen.

Beskrivning av innehåll

Området beskrivs bygga på WHO:s program *First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care*. Den börjar med en kort fallbeskrivning av en händelse med vårdrelaterad infektion (VRI) orsakad av dålig hygien vid hantering och injicering av läkemedel.

En introduktion som beskriver varför det är viktigt att arbeta med att minska risken för att patienter, och sjukvårdspersonal, ska smittas i vården. WHO:s definition av VRI. Statistik om VRI som bygger på referenser från slutet av 00-talet.

Nyckelord för avsnittet: förebygga och kontrollera infektioner, handhygien, smittsamhet, korsinfektion, vårdrelaterad infektion (VRI), antimikrobiell resistens, multiresistenta organismer, MRSA (meticillinresistent *Staphylococcus aureus*) infektion, aseptisk teknik, vårdhygien.

Under rubriken ”Omfattningen av problemet” ges en bakgrund till varför detta är ett viktigt område i flera aspekter, och vad som gjorts åt det:

- Det är ett problem i hela världen, antibiotikaresistens är ett ökande problem, det finns praktiska lösningar, alla har en skyldighet att bidra (med de praktiska lösningarna – handhygien etc.).
- Den ekonomiska bördan av problemet, med hälsoekonomiska data från runt millennieskiftet.
- Det globala svaret, några ”kampanjer” beskrivs – WHO, IHI etc.

Under rubriken ”Försiktighetsåtgärder” beskrivs hur olika smittämnen kräver olika åtgärder, och:

- ”Standardåtgärder”, basala hygienrutiner, skyddsutrustning etc.
- Åtgärder mot smittspridning, helt översiktligt om att bryta risk för smittspridning från smittade patienter.

Ett stycke handlar om VRI, att det kan vara olika smittämnen, med några exempel, och om smittvägar – direkt, indirekt, droppsmitta, luftburet etc.

Under rubriken ”Skydd mot VRI – fem prioriterade områden som studenter ska tränas i”, redogörs för varför dessa områden är viktiga och i viss mån vad studenter bör vara observanta på och hur de ska tränas. Det står att det är fem områden, men det är lite oklart vilka fem det är. Dessa områden tas upp:

- Renlighet/hygien i lokaler.
- Sterilisering/desinfektion av utrustning.
- Engångsutrustning ska inte återanvändas, särskilt beskrivet om injektioner.

- Handhygien, mycket omfattande skrivning om varför, när, hur, WHO:s riktlinjer, alkohol/tvål-vatten, hur skydda huden.
- Personlig skyddsutrustning, handskar, munskydd, visir, förkläden etc. - omfattande skrivning om handskar, varför, när, vilken sort etc. WHO:s riktlinjer.
Litet stycke om skydd mot smitta vid luftvägssymptom.
- Hantering av stickande och skärande utrustning.
- Ett kort stycke om skydd mot smitta av Tbc.
- Ett kort stycke om sterilisering av instrument (igen).
- Ett kort stycke om antibiotikaprofylax.

Härefter kommer ett ganska långt avsnitt om vad "Studenter behöver göra" baserat på det tidigare om handhygien, personlig skyddsutrustning etc., men också om att de bör vara vaccinerade mot hepatit B, och hur de ska bete sig om de själva blir sjuka i smittsam sjukdom.

I ett stycke uppmanas studenterna följa lokala rutiner, men också att bidra i det lokala smittskyddsarbetet genom att uppmuntra och påverka andra att "göra rätt" men också observera hur andra gör för att lära och förstå hur arbetet kan göras bättre.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Området är relevant i Sverige, skydd mot vårdrelaterade infektioner, hos patienter och vårdpersonal, är högaktuellt och alltid viktigt. Området adresseras på ett sätt som i huvudsak är adekvat i Sverige, men anpassning bör göras. Området beskrivs i huvudsak som att det är ett individansvar att göra rätt; systemansvar och –aspekter måste också belysas.

Området som helhet har en rimlig omfattning. De exempel som används bör bytas ut mot svenska, en tydlig igenkännbarhet i miljö och beskrivning är viktig. Skrivningar om sterilisering av instrument är upprepade och något överflödiga i Sverige. Ett stycke om handskar är väl omfattande. Ett stycke om tuberkulos är väl omfattande. Skrivningar om multiresistenta bakterier behöver utvecklas.

Texterna är i första hand relevanta för all vård- och omsorgspersonal hos kommuner och regioner med högskoleutbildning och deras närmaste chefer, och i utbildningar till sådana professioner. För andra målgrupper behöver texten anpassas.

Bedömning av kunskapsinnehållet

Det mesta är relevant, men enligt ovan behöver flera delar bearbetas, förkortas och kompletteras; mindre om handskar, mindre om tuberkulos, mer om multiresistenta bakterier. Vårdhygienisk kompetens behöver bearbeta och anpassa texten så att den stämmer med aktuella riktlinjer och praxis i Sverige. Innehållet behöver kompletteras med avseende på "grundläggande förutsättningar" för att använda terminologin i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet för att komplettera det individperspektiv som är

tongivande i texten. Sifferdata är 10-20 år gammal och behöver uppdateras med aktuella källor relevanta för Sverige.

Topic 10: Patient safety and invasive procedures

Beskrivning

Svensk översättning av området

Patientsäkerhet vid interventioner

Motivering till området

Att patienter som genomgår operationer eller andra invasiva procedurer (=interventioner) löper en högre risk för infektioner eller felbehandling.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Det teoretiska ramverket som utgör introduktionen är omfattande och sätter fokus på problemet i ett globalt perspektiv (Weiser et al 2008, Gawande et al 1992, Kable et al 2002, Vincent 2004, Leape et al 1991 och WHO 2009).^{23 24 25 26 27 28}. Kommunikationen mellan vårdpersonalen lyfts fram som en nyckel för att säkra sterilitet och att rätt patient får rätt behandling på rätt del av kroppen.

Struktur

Inleds med en kort och koncis introduktion. Denna följs av ett längre avsnitt, som presenterar de vanligaste bakomliggande orsakerna till avvikelser vid interventioner. Detta övergår utan särskild rubrik till ett längre avsnitt om olika förbättringsverktyg att använda vid interventioner. Det avslutande avsnittet handlar om vad studenter behöver göra för att förstå området.

Beskrivning

Området inleds med ett exempel på en knäoperation, som genomförs på fel ben.

I det inledande avsnittet beskrivs att det traditionella sättet att förklara orsaken till en avvikelse vid interventioner är färdigheten hos operatören eller patientens status. Den

²³ Weiser TG et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139–144.

²⁴ Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66–75.

²⁵ Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.

²⁶ Vincent C et al. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.

²⁷ Leape L et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.

²⁸ WHO surgical safety checklist. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf; accessed 18 January 2010).

lyfter därefter fram ett alternativt sätt; en systemsyn med faktorer som arbetsplatsens utformning, gränssnittet mellan olika ansvarsområden hos medarbetare, lagarbete och organisationskultur, där alla komponenter tillsammans bidrar till säkerhet vid interventioner.

Tre huvudorsaker till avvikelser vid interventioner beskrivs:

- Undermålig per-operativ infektionskontroll, med korrekt administration av antibiotikaproylax och bibehållen sterilitet.
- Inadekvat per-operativ handläggning av patienten, med bland annat otillräcklig kunskap om patienten, otillräckliga resurser för interventionen och dåligt ledarskap.
- Brist på effektiv peri-operativ kommunikation, med felaktig och utebliven kommunikation där komplexiteten i den peri-operativa miljön lyfts fram.

Ett stort textavsnitt handlar om att åskådliggöra fyra exempel på bristande kommunikation hos läkare, men där ett av de fyra exemplen enbart involverar sjuksköterskor.

Ett sätt att hantera de här avvikelserna anses vara att använda olika former av verktyg för verifiering inför interventioner: riktlinjer, protokoll och checklistor. Det anses att alla tre verktygen hjälper vårdpersonalen, men att det finns skillnader mellan dem. Riktlinjer ger rekommendationer inom ett särskilt område. Protokoll hjälper till att göra olika moment vid en intervention i en viss ordning. Checklistor försäkrar att vissa obligatoriska moment inte glöms bort. I ett långt avsnitt förs resonemang om fördelar och nackdelar med riktlinjer, protokoll och checklistor, som handlar om tillgänglighet till dokumenten (pappersformat eller online), applicerbarhet (om användbarheten på olika arbetsplatser) och personlig kännedom (vad man förväntas känna till som enskild vårdpersonal).

Engagemang hos ledning och arbetslag anses nödvändigt för att implementering av riktlinjer, protokoll och checklistor ska fungera.

Den globala studie som genomfördes 2007 - 2008, när en enkel checklista inför kirurgi användes, anses banbrytande där den centrala komponenten är förbättrad kommunikation hos vårdpersonalen inför att en patient ska genomgå en intervention (Haynes et al 2009). Det lyfts fram att säkerheten runt interventionen bygger på att samtliga involverade i arbetslaget känner till innebörden av checklistan.

Den checklista som i detalj redovisas med innehåll och väsentliga målsättningar är *WHO:s Surgical Safety Checklist* från 2009.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Sammanfattningsvis är området i högsta grad relevant i en svensk kontext, men där texterna skulle behöva uppdateras något. Det inledande exemplet fungerar bra för att belysa det efterföljande textinnehållet.

Området adresserar en del av patientsäkerheten, som var en stor utmaning inom svensk hälso- och sjukvård för ca tio år sedan och där mycket implementeringsarbete har genomförts. I stor utsträckning är texterna relevanta och målar upp bilden av att miljön där interventioner genomförs är komplex med olika kategorier av vårdpersonal, som både agerar, interagerar och kommunicerar på ett dynamiskt sätt och att denna komplexitet lämpligast hanteras med en systemsyn. Det textavsnittet som ska åskådliggöra kommunikationsbrister hos läkare behöver aktualiseras och justeras till svenska förhållanden för att involvera flera personalkategorier.

Området i sin helhet är relevant för samtliga personalkategorier inom hälso- och sjukvård och för deras närmaste chefer.

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Sammanfattningsvis är kunskapen inom området fortfarande aktuell, men där texten skulle behöva tydliggöra skillnaden mellan komplicerade och komplexa system och vad detta betyder avseende möjligheterna att kontrollera dem.

Den kunskap som bör tillföras textavsnittet är aktuella data, till exempel systematiska litteraturgenomgångar och metaanalyser, där det framgår att patientsäkerhet har ökat vid interventioner det senaste decenniet. Vidare bör det tydligare betonas vikten av att de rekommenderade verktyg att använda för ökad säkerhet vid interventioner ständigt behöver utvärderas och utvecklas, för att anpassas till verkliga förhållanden som samtliga involverade kan förhålla sig till.

Det antyds vid upprepade tillfällen att komplexa system kan kontrolleras med checklistor. Teoretiskt tycks det i texten föreligga en sammanblandning i kunskapen vad gäller begreppen komplicerade system respektive komplexa system. För att åskådliggöra den stora skillnaden mellan komplicerad och komplex kan exempelvis litteratur av Paul Cilliers från 1990-talet och Sidney Dekker från 2010-talet användas i det inledande textavsnittet.

Topic 11: Improving medication safety

Beskrivning

Svensk översättning av området

Ökad säkerhet vid läkemedelshantering

Motivering till området

Att fel vid läkemedelshantering utgör en signifikant andel av hälso- och sjukvårdens alla avvikelser.

Begrepp och teorier som lyfts i avsnittet

Det saknas helt någon form av teoretiskt ramverk till detta område vilket försvårar förståelsen av de olika textavsnitten.

Struktur

Inleds med en kort och ostrukturerad introduktion. Därefter kommer ett kort avsnitt med definitioner av olika begrepp. Detta följs av en kort genomgång av de olika delmomenten i läkemedelshantering. Sedan följer dels ett längre avsnitt om de olika risker som är förenade med läkemedelshantering och dels ett lika långt avsnitt om hur läkemedelshantering kan bli säkrare. Ett kortare avslutande avsnitt presenterar hur studenter praktiskt bör göra för att agera säkert.

Beskrivning

Området inleds med två olika exempel. Det första handlar om olämpliga läkemedel, som används till ett barn som besväras av illamående och där användandet av läkemedlen leder till försämrade symptom. Det andra handlar om administrerade överdoser av metadon, som leder till ett dödsfall.

Utgångspunkten för textens resonemang, vilket inte är tydligt formulerad, tycks vara att läkemedelshanteringsfel är undvikbara och kan skada patienten. Den belyser att användandet av läkemedel har blivit alltmer komplex och att processen som rör hantering av läkemedel involverar en rad olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

Ett avsnitt om definitioner visar på olika begrepp som används när det gäller händelser som involverar läkemedel. Exempel på begrepp, som inte är läkemedelshanteringsfel, är biverkningar, oavsiktliga reaktioner och allergier. Med läkemedelshanteringsfel menas i texten en undvikbar händelse som kan resultera i en avvikelse där en patient skadas, en avvikelse där en patient är nära att skadas eller att ingen patient skadas överhuvudtaget trots händelsen. Avsnittets längsta resonemang handlar om läkemedelshanteringsfel i samband med ordinationer och anses förenade med ovana, okunskap om läkemedlet, bristande följsamhet till protokoll, trötthet hos förskrivaren och minnesfel hos förskrivaren.

Det lyfts fram statistik från *Institute of Medicine*, som visar att det sker ett läkemedelshanteringsfel per patient inom slutenvård per dag²⁹.

Ett avsnitt presenterar att det finns fyra olika steg i läkemedelshantering:

- Ordination
- Iordningställande
- Administrering
- Monitorering

²⁹ Institute of Medicine. Preventing medication errors. Report brief. Washington, DC, National Academies Press, 2006.

Även i detta avsnitt förs de längsta resonemangen om risker runt det som rör ordinationen. Avsnittet utvecklar dock ytterligare ett antal risker, som har att göra med de andra stegen, som exempelvis blandning, märkning, uppdragning, fördelning, rätt patient och rätt tidpunkt.

Det följande avsnittet handlar om bidragande faktorer till läkemedelshanteringsfel. Här nämns följande:

- Känsliga patientgrupper (ex gravida, barn, multisjuka, dementa)
- Personal (ex ovana, störningar, tidsbrist, ouppmärksamhet)
- Arbetsplatsens utformning (ex avsaknad av avvikelserapportering, lathundar, beredningsrummet)
- Läkemedels utseende och förpackningar (ex färger, storlekar, namn)
- Tekniska detaljer (ex liknande kopplingar till olika typer av administrering)

Ett långt avsnitt resonerar om, och presenterar, olika möjligheter för att öka säkerheten vid läkemedelshantering:

- Använd generiska namn
- Skräddarsy ordinationer för den enskilde patienten
- Ta fullständiga läkemedelsanamneser
- Ha kännedom om vilka läkemedel inom ditt specialområde som är associerade med ökad risk för avvikelser
- Ha kunskap om de läkemedel som ordineras
- Använd lathundar
- Använd minnesregeln "5R" vid ordination och administrering (rätt läkemedel, rätt administrationsväg, rätt tidpunkt, rätt dos och rätt patient)
- Kommunicera tydligt
- Utveckla kontrollfunktioner och kontrollerande vanor
- Rapportera och lär från avvikelser

Avsnittet avslutas med att konstatera att en förståelse hos den enskilde för de inneboende risker som finns inom läkemedelshantering kan påverka många vardagliga uppgifters utformning.

Bedömning

Områdets relevans i en svensk kontext

Sammanfattningsvis är området i högsta grad relevant i en svensk kontext, men där stora delar av texten skulle behöva redigeras. De inledande exemplen fungerar, men andra exempel skulle kunna hittas för att bättre belysa den efterföljande texten.

Området adresserar ett område där det finns stora utmaningar och där en stor del av rapporterade avvikelser fortfarande sker. Dock är strukturen på innehållet mycket svåröverskådlig och emellanåt osammanhängande. Området är i stort behov av att sättas in i ett vidare teoretiskt sammanhang där exempelvis själva begreppet läkemedelshantering omfattar ett antal fler steg än de fyra som presenteras. De delar som kan användas är de som beskriver definitioner och de som övergripande beskriver de olika konkreta steg som

generellt ingår i läkemedelshantering, även om ett antal steg saknas. Det långa avsnitt som ger förslag på vägar till ökad säkerhet vid läkemedelshantering skulle behöva en noggrann uppdatering med aktuella data för att kunna användas som ett förbättrings-verktyg.

Området i sin helhet är relevant för samtliga personalkategorier inom hälso- och sjukvård och för de i ledande positioner.

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Sammanfattningsvis kan kunskapen inom området inte bedömas då adekvata referenser till textinnehållet i mycket stora delar saknas.

Området målar upp bilden av att merparten av insatserna för ökad säkerhet vid läkemedelshantering ska sättas in hos den som ordinerar, vilket i praktiken innebär läkaren. I en kortare del av området förs resonemang om att hela processen runt läkemedelshantering involverar en lång rad moment, aktörer och interaktioner, som därmed indikerar en mångfacetterad problematik, men där ett långt efterföljande textavsnitt om vägar framåt åter målar upp den ordinerande som den bakomliggande huvudorsaken vid bristande säkerhet i läkemedelshantering. Innehållet i texten ligger i linje med den enklaste formen av kausalsambandsteori.

Området saknar det mesta av samtida kunskapsförankring i systemsyn, *human factors*, komplexitetsteori och *sharp-end* vs *blunt-end* aspekter.

6 ANALYS AV DET PEDAGOGISKA INNEHÅLLET

I detta kapitel redovisas en beskrivning och bedömning av det pedagogiska innehållet i WHO:s curriculum. Analysen innefattar en beskrivning och bedömning av den lärarhandbok som utgör den första delen av WHO:s curriculum, det introduktionskapitel som presenterar de olika kunskapsområdena samt de lärandemål, kunskapskrav, färdighetskrav och pedagogiska metoder och strategier som tas upp under respektive kunskapsområde i curriculum. För varje kunskapsområde redovisas arbetsgruppens bedömning av innehållets relevans i en svensk kontext och för olika målgrupper samt anpassningsbehov.

Part A. Teacher's Guide

Beskrivning

Svensk översättning av området

Lärarhandbok

Viktiga principer för undervisning i patientsäkerhet

Guiden tar upp några principer som författarna anser viktiga för lärande och undervisning i patientsäkerhet. De listar ett antal strategier som anses vara viktiga för att studenterna ska använda kunskap om patientsäkerhet i praktiken:

Princip 1: Att sätta patientsäkerhet i ett (relevant) kontext

- Kontextualisera principerna för patientsäkerhet – Visa på kopplingen till det vardagliga arbetet och visa när och hur kunskapen kan tillämpas. Använd exempel relevanta utifrån kontext.
- Använd realistiska exempel – använd exempel på situationer och förhållande som de flesta av studenterna kommer att möta i arbetslivet.

- Identifiera praktisk användning – hjälp studenterna att identifiera situationer där de kommer kunna applicera kunskapen.
- Använd exempel som är relevanta för studenterna – i exempel som används bör man utgå från den roll som studenterna mest troligtvis kommer befinna sig i under eller precis efter utbildning. Detta för att det ska vara mer relevant för studenterna och för att på så sätt öka motivation för lärande.
- Ge studenterna möjlighet att applicera vad de lärt sig – detta för att öka sannolikheten att de internaliserar beteenden och attityder. Exempel på när detta kan ske ges
 - Självstudier (*tutorials*)
 - Simulering
 - Klinisk praktik
 - Patientkontakt
- Skapa en effektiv lärandemiljö – trygg, stödjande, engagerande och utmanande.
- Trygg och stödjande lärandemiljö – karaktäriseras av att det är högt i tak och studenterna kan ställa frågor och kan vara öppna med vad de inte förstår. Läraren har en nyckelroll och det listas en mängd olika punkter som man som lärare ska tänka på; till exempel visa intresse i de enskilda studenternas lärande, tydliggöra kursinnehåll och vad som förväntas av studenten, använda positiv förstärkning, uppmuntra frågor etc.
- Utmanande och engagerande lärandemiljö – för att uppnå detta måste det finnas en trygg och stödjande lärandemiljö. Det lyfts att lärande uppstår i det som studenten gör (dvs så som de flesta kurser idag är uppbyggda) vilket i detta sammanhang till exempel kan vara att intervjua patienter, träna på färdigheter i rollspel, problemlösning i mindre grupper. Vidare lyfts en del tips på hur man kan få undervisningsmoment med föreläsningar att vara engagerande (interagera, ställa frågor, diskussioner, bi-kupor, använda fallbeskrivningar, förankra teori i praktik, problemlösning etc.).

Princip 2: Undervisningsstilar

WHO:s curriculum konstaterar att alla lärare har olika undervisningsstilar och att dessa har olika för- och nackdelar. Vidare konstateras att de som undervisar i ämnet behöver vara insatta och förstå de grundläggande principerna i patientsäkerhet (men det framgår inte i texten vilka det är) samt förstå varför det är viktigt i det kliniska arbetet. Författarna uppmanar lärare att utgå från sin egen kliniska erfarenhet i undervisningen samt att väva in patientsäkerhet i andra moment. Vidare lyfts att patienter kan ge studenter ett annat, men värdefullt, perspektiv på patientsäkerhet. Det påpekas även att man bör vara vakksam på att inte desillusionera studenterna genom att enbart lyfta risken för fel och brister i vården, utan att man bör balansera upp det genom att visa på de positiva aspekterna som kommer med patientsäkerhetsarbetet.

Aktiviteter som underlättar lärande

WHO:s curriculum tar även upp en rad aktiviteter som ska underlätta lärande. Dessa är desamma som de olika undervisningsstrategier som används för undervisning i andra

aspekter av vården. Utmaningen för läraren blir att se om patientsäkerhetsmoment kan integreras i befintliga undervisnings- och inlärningsaktiviteter. Om så är fallet undviker man att patientsäkerhet ses som ett ”tillägg” – och därmed extra arbete – snarare än att vara en del av en helhetssyn på hälso- och sjukvårdsutbildningen.

Fokus bör vara att få till ett aktivt lärande och inte ett passivt mottagande av information. Lärarhandboken tar upp tips på olika aktiviteter som stimulerar ett aktivt lärande och listar följande:

- Använda information som är av intresse för elever och involverar verkliga händelser
- Presentera dramatiskt eller provocerande material
- Belöna eleverna
- Koppla samman teman med så många ämnen som möjligt
- Använd tidigare kunskap med hjälp av prov och konceptkartor och samla in bakgrundsinformation
- Utmana eleverna genom att då och då presentera ämnen som är svårare
- Visa det beteende du försöker främja

Lärarhandboken tar sedan upp tips samt fördelar och utmaningar med olika undervisningsformer som listas nedan. Man hänvisar till mer material från en hemsida som inte längre finns.

Föreläsningar

Föreläsningarna bör ha ett syfte, tydliga lärandemål och inte vara mer än 45 minuter långa.

Fördelar	Utmaningar
Kunna förmedla information till ett stort antal studenter på en gång	Att hålla ett stort antal studenter aktiva och engagerade
Användbart för att ge en översikt över breda ämnen, förmedla faktainformation och introducera teoretiska begrepp	Äldre studenter och oerfaren personal föredrar i allmänhet lärande med praktiskt innehåll
Tillhandahålla uppdaterad information och idéer som inte är lättillgängliga i texter eller artiklar	Presentationsförmåga
Kan förklara eller utreda svåra begrepp och idéer och hur dessa ska hanteras	Vanligtvis till viss del beroende av teknologi
	Att höra om risker och brister kan vara nedslående

Förslag på områden för denna undervisningsform:

- Område 1: Vad är patientsäkerhet?
- Område 2: Varför är tillämpningen av *human factors* viktigt för patientsäkerheten.

Lärande under arbete och praktik

Fördelar	Utmaningar
Perfekta möjligheter att undervisa och observera färdigheter i att fastställa patienternas bakgrund, undersökning av patienter, samt kommunikations- och interpersonella färdigheter. Läraren kan vid sådana tillfällen också vara förebild för säker, etisk, professionell praxis	Brist på tid på grund av arbetstryck
Patientsäkerhetsfrågor finns överallt i arbetsmiljön	Brist på kunskap om hur man införlivar patientsäkerhetsämnen i undervisningen vid ronder och bedside.
Kontextualiserad	Opportunistisk – inte möjligt att förbereda och svårt
Verkligt och därmed mycket relevant	
Intressant och ofta utmanande	

Förslag på områden för denna undervisningsform:

- Område 9: Förebyggande och kontroll av infektioner (handhygienproblem på arbetsplatsen).
- Område 10: Patientsäkerhet och invasiva procedurer (inklusive patientidentifieringsprocesser)

Smågrupper – lära med andra

Studenterna lär sig utifrån ett problem eller uppgift tillsammans med andra, ibland under handledning eller med en patient.

Fördelar	Utmaningar
Dela egna berättelser	Gruppdynamik
Lyssna på patienthistorier	Tillgängliga resurser utifrån krav på handledartid
Lära sig av kamrater	Handledarens expertis
Får flera perspektiv	
Lär sig lagarbete och kommunikationsförmåga	

Förslag på områden för denna undervisningsform:

- Område 2: Varför är tillämpningen av *human factors* viktigt för patientsäkerheten.
- Område 4: Att vara en effektiv lagspelare

Falldiskussioner

Fördelar	Utmaningar
Kan använda ett faktiskt eller uppfunnet fall för att illustrera patientsäkerhetsprinciper	Välja / utveckla realistiska fall som uppmunt- rar studenter att engagera sig aktivt i diskuss- ionen
Kontextualiserad vilket gör begrepp verkliga och relevanta	Använda fallet effektivt för att utmana tän- kande och generera tankeväckande lärande
Lär studenterna att lösa problem när de upp- står på arbetsplatsen	Uppmuntra eleverna att skapa problemlös- ning själva
Möjliggör koppling av abstrakta begrepp till den verkliga situationen	

Spel

Fördelar	Utmaningar
Roligt	Relatera spelet till arbetsplatsen
Utmanande	Tydligt och uppriktig definiera syftet med spelet
Kan illustrera lagarbete och kommunikation	

Självstudier

Fördelar	Utmaningar
Eleven kan anpassa studierna i egen takt	Motivation
Studenten kan fokusera på egna kunskaps- luckor	Brist på exponering för flera ingångar
Möjlighet till reflektion	Kan vara mindre engagerande
Billig, lätt att schemalägga	Betygsätta arbetet och ge feedback är tidskrä- vande för läraren.
Flexibel för elever	

Följa en patient

Studenten följer en enskild patient under hela vårdprocessen så som undersökningar, tester och procedurer.

Fördelar	Utmaningar
Möjligheten att lära sig mer om hälso- och sjukvården	Få ihop schemat
Se saker ur patientperspektivet	Forma upplevelsen till en lärandeaktivitet
Se hur olika vårdområden hänger samman	Begränsad möjlighet för studenter att dela de- ras lärande, få feedback från kamrater och bli utvärderad

Rollspel

Rollspel kan ske i form av att studenterna improviserar dialog och handling utifrån ett förutbestämt scenario eller att de spelar upp olika roller från ett fall.

Fördelar	Utmaningar
Billigt	Skriva scenarier eller manus
Kräver inte mycket träning	Utveckla tillräckligt meningsfulla situationer som möjliggör val, beslut, konflikter
Alltid tillgängligt	Tidskrävande
Interaktivt – gör det möjligt för eleverna att prova ”vad händer om” i olika scenarier	Inte alla studenter är inblandade (vissa är bara passiva åskådare)
Ger erfarenhet – ger studenterna känsla för de roller som patienter, deras familjer och vårdgivare och administratörer spelar i patientsäkerhetssituationer	Eleverna kan gå ifrån ämnet eller rollen och rollspelet utvecklas till något som inte var tänkt
Tillåter studenterna att anta en roller av personer som är mer seniora eller rollen som en patient	
Kan visa olika perspektiv	
Perfekt för att utforska faktorer i samband med interprofessionellt teamarbete och kommunikation för att förebygga patientsäkerhetsfel.	

Simulering

Simulering är en pedagogisk teknik som möjliggör interaktiv och engagerande aktivitet genom att återskapa hela eller delar av en klinisk upplevelse utan att utsätta patienter för risker. Curriculum listar olika typer av simulering.

Fördelar	Utmaningar
Ingen risk för patienterna	Kan vara dyrt
Många scenarier kan presenteras, inklusive ovanliga men kritiska situationer där ett snabbt svar behövs	Undervisningsformen kräver specialkunskaper
Deltagarna kan se resultaten av sina beslut och handlingar	
Fel kan tillåtas inträffa och komma till sin konsekvens (i verkligheten skulle en mer kapabel kliniker behöva ingripa)	
Identiska scenarier kan presenteras för flera kliniker och team	
De bakomliggande orsakerna till situationen är kända	
Med skyldockbaserade simulatorer kan kliniker använda faktisk utrustning och belysa begränsningar i gränssnittet mellan människa och maskin	
Återskapande av faktiska kliniska miljöer gör det möjligt att utforska interpersonella interaktioner med annan klinisk personal och ge utbildning om lagarbete, ledarskap och kommunikation	
Inspelning av simuleringssessionen är möjlig då det inte finns några problem med patientkonfidentialitet – inspelningarna kan bevaras för forskning, prestationsbedömning eller ackreditering	

Förbättringsprojekt

Här tar man upp hur man kan arbeta med PDSA som en metod för kvalitetsförbättring och att det också har element av patientsäkerhet i sig, som med fördel görs tvärprofessionellt. Därför kan det vara av värde för studenterna att kunna tillämpa denna metod inför framtida arbete.

Fördelar	Utmaningar
Motiverande	Upprätthålla motivation
"empowering"	Tidskrävande
Studenterna lär sig om förändrings- och förbättringsarbete	
Studenterna lär sig att vara proaktiva	
Studenterna lär sig att lösa problem.	

Vilka krav ställs på de som ska undervisa i patientsäkerhet?

WHO:s curriculum tar upp att befintlig personal som redan finns och som har ett intresse av ämnet kan användas som resurser i undervisningen. De nämner dock att det kan ta tid att bygga upp kompetensen. Olika sätt föreslås för att skapa intresse och engagemang för ämnet samt för att identifiera personer som kan undervisa:

- Enkäter – för att identifiera de som redan undervisar inom relevanta områden och som kan integrera patientsäkerhet i sin undervisning
- Fokusgrupper – för att ta reda på var kunskapsnivån ligger
- Personliga möten – förmedla vikten av ämnet och etablera en relation
- Rundabordsdiskussioner – bjuda in de som man tror kan vara intresserade av att arbeta med undervisning inom patientsäkerhet, gärna med förebilder som kan inspirera
- Seminarier – för de med och utan erfarenhet av patientsäkerhet som ämne. Kan ta upp delar av WHO:s curriculum för att höja kunskapen inom institutionen

WHO:s curriculum tar inte upp några särskilda krav på de som ska hålla i undervisningen. Men de lyfter att de som undervisar i ämnet måste känna till det väl. Det innebär att man ska kunna de grundläggande patientsäkerhetsprinciperna (ej definierade i curriculum), förstå varför det är viktigt och vad vårdpersonal kan göra för att främja patientsäkerheten på arbetsplatsen. Då kompetens inom vissa områden kan saknas föreslås att man tar in externa resurser, till exempel för undervisning inom *human factors*.

Att bedöma kunskap i patientsäkerhet

WHO:s curriculum innehåller även en sektion som berör hur man kan bedöma kunskap i patientsäkerhet. Där lyfts bland annat att hur bedömningen är utformad kommer att styra vad studenterna gör (och därmed lär sig). Det konstateras även att syftet med bedömningen bör vara att ge feedback och motivera studenterna att engagera sig i patientsäkerhet. Olika exempel från Australien tas upp.

Man belyser att bedömningar kan ses utifrån dess validitet, reliabilitet, praktiska tillämpning (finns tillgängliga resurser) och hur det formar lärandet. Formativa och summativa bedömningar förklaras.

Olika former av bedömningar tas upp och vilka deras styrkor och svagheter är.

Följande former för bedömning diskuteras:

- Skriftligt
 - Uppsats
 - Flervalsfrågor (MCQ)
 - Modifierade essäfrågor (är utformade för att besvaras på 5–10 minuter och ge korta svar på utvalda scenarier)
- Portfolio eller loggbok
- Klinisk eller praktisk bedömning
- Objektiv strukturerad klinisk undersökning (OSCE)
- Feedback från flera källor (till exempel flera personer från klinisk praktik)
- Mini klinisk utvärderingsövning (mini-CEX)
- Bedömningar av klinisk praktik (patientsäkerhet ska ingå)
- Fallbaserad diskussion (CBD)

Integrering av lärandemål och utvärdering

Det finns två avsnitt som berör detta men i nuläget beskrivs de inte ingående. I avsnittet om integrering av lärandemål ger olika exempel på hur WHO:s curriculum kan integreras i befintliga läroplaner. Vidare ges förslag på när i utbildningen patientsäkerhet kan integreras beroende på former för undervisning. Det ges också förslag på vilka områden inom patientsäkerhet som kan introduceras tidigt/senare i utbildningen. I avsnittet om utvärdering lyfts att sådana bör göras men att det är viktigt att identifiera vilka som är huvudintressenterna vilket i sin tur styr vad och hur en utvärdering kan gå till (till exempel är det institutionerna, lärarna och vilken effekt det har i praktiken?).

Bedömning

Denna del är skriven på ett allmänt plan och tar upp hur WHO:s curriculum har utvecklats, en del pedagogiska grepp och arbetssätt samt implementering. Men det lyfts också att man kommer att behöva göra anpassningar av hela WHO:s curriculum utifrån det kontext där den kommer att användas.

Pedagogik

De pedagogiska angreppssätt som tas upp i del A kommer att behöva sättas i relation till hur läroplaner utformas enligt Högskoleförordningen vid svenska lärosäten. Till exempel se över om högre lärandemål kan behöva komma att utvecklas för vissa teman (aningen utifrån Blooms *Structure of Learning Outcomes* (SOLO) taxonomin eller Millers modell). Man bör också se över om de förslag på lärande aktiviteter som finns i WHO:s curriculum behöver anpassas (till exempel under praktik eller fallbeskrivningar). Överlag är de pedagogiska angreppssätten som redovisas i del A riktad mot studenter inom medicinsk- och hälsovetenskap. Det betyder att om man vill utveckla läroplaner för även andra grupper behöver ytterliga anpassningar att göras. Till exempel gäller det för HR-personal och chefsutbildningar. För patientsäkerhetsområdet är flera lärandemål kopp-

lade till värderingar eller attityder. Bra om dessa kan lyftas separat med tips om undervisningsformer som är särskilt bra, redan nu finns implicita sådana tips såsom narrativ, möten med förebilder osv.

Till viss del är del A en kortfattad översikt av några av de centrala arbetssätt som används inom pedagogiskt arbete. Personer som arbetar med undervisning inom högskola ska redan känna till dessa pedagogiska arbetssätt. Om en svensk version av WHO:s curriculum vänder sig mot högskolorna behöver man troligtvis inte översätta allt i denna del då mycket redan ska vara allmän kunskap kanske mer fokusera på vilka arbetssätt som är relevanta för olika områden. Men om man vill använda en svensk version av WHO:s curriculum för andra yrkesgrupper som till exempel arbetar kliniskt så kan det vara värt att sammanfatta några grundläggande pedagogiska arbetssätt.

Implementering

Del A innehåller även förslag på hur man kan arbeta för att implementera WHO:s curriculum. Här behöver man också se över vilka förutsättningar som finns i en svensk kontext.

Ett viktigt steg är att inventera vilken lärarkompetens som finns i Sverige och att i samarbete med lärosäten undersöka behovet av kompetensutveckling. I det arbetet bör man ta fram vilka krav som eventuellt ska ställas på de som ska undervisa i ämnet och hur vi kan säkerställa tillgång på personer med rätt kompetens. Vidare behöver en implementering anpassas till de befintliga läroplanerna. Kanske kan några utbildningar börja med att implementera en läroplan för patientsäkerhet och sedan sprida de lärdomar som man dragit utifrån det? En samverkan mellan flera lärosäten kan också vara en lösning, där man erbjuder enstaka kurser på distans.

Utveckling och bakgrund till WHO curriculum

Det bör noteras att hela WHO:s curriculum till stor del är uppbyggt på det arbete man gjorde i *Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF) år 2005. Man hade då som angreppssätt att söka efter evidensbaserade arbetssätt för säkerhet. I den publikation som anges som referens (Walton et al) redovisas inte sökord vilket gör det svårt att bedöma om de i deras arbete har missat något.³⁰ Vidare är det svårt att säga att man ska utgå från evidens när det gäller säkerhet då vi inte har säkra eller standardiserade mått på säkerhet. I vilket fall behöver kunskapsläget uppdateras med de senaste 20 årens forskning på området och grunda kunskapsinnehållet i evidensbaserade modeller och metoder. En reflektion är att man kanske snarare ska utgå från en teoretisk modell för säkerhet.

³⁰ Walton, M., Shaw, T., Barnet, S., & Ross, J. (2006). Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 437–442. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019216>

Introduction to the Curriculum Guide topics

Beskrivning

Svensk översättning av området

Introduktion till områdena i WHO:s curriculum

Beskrivning

I detta avsnitt beskrivs hur WHO:s curriculum riktar sig främst till en målgrupp av studenter inom hälso- och sjukvårdsprofessioner och tar sin utgångspunkt i ett patientcentrerat perspektiv där patienter, brukare och närstående är kärnan i hälso- och sjukvården. Syftet är att stötta tillämpning av kunskaper och färdigheter i vardaglig praxis. Syftet för WHO:s patientsäkerhetsprogram är att förbättra patientsäkerheten globalt och detta curriculum syftar till att ge framtida kliniker och ledare i vården kunskaper och färdigheter för patientsäkerhetsarbete. Kapitlet lyfter vikten av attityder och värderingar i patientsäkerhetsarbetet men också att detta curriculum delvis utmanar den rådande patientsäkerhetskulturen och att studenter kan hamna i svåra situationer om de tillämpar det de lärt utan stöd, medvetenhet och verktyg.

Patientcentrering

- Hur patienter ännu ses som passiva mottagare och inte som aktörer i hälso- och sjukvården och dess utveckling.
- Att många verksamheter är personalcentrerade
- Den växande kunskapen kring egenvård framförallt hos patienter med kroniska sjukdomar vilket sätter press på hälso- och sjukvården att skifta fokus från akuta vårdtillfällen mot hur man kan stärka patientens förmåga till egenvård genom tydlig information, genom att bjuda in till samskapande och
- Att ärligt berätta när saker gått fel och involvera patienter i patientsäkerhetsarbetet
- Viktigt att studenters altruism och entusiasm vårdas under utbildningarna genom att tidigt ha moment där studenter uppmuntras se patienters och närståendes perspektiv på vården och på att leva med en sjukdom

Populationsperspektivet

- Hur patientsäkerhetsarbetet måste omfatta hela patientens livscykel, de olika behov som uppkommer och även innefatta preventionsperspektivet.
- Hur nya vårdformer såsom digi-fysisk vård skapar nya krav på och förutsättningar för hälso- och sjukvården

Varför ska studenter lära om patientsäkerhet?

- Ny kunskap, nya diagnostiska och behandlingsmöjligheter utvecklar vården men gör den också potentiellt farligare
- Patientsäkerhet behövs som en integrerad kompetens och kunskap och behöver integreras i alla olika delar av hälso- och sjukvården
- Framtidens medarbetare och chefer behöver ha med sig en gedigen kunskap om patientsäkerhet och hur man kan förbättra den

När ska man lära om patientsäkerhet?

- Viktigt att börja redan i början av grundutbildningen för att studenter ska vara förberedda att tillämpa redan tidigt under sin praktik eller i simulerade situationer.

Hur ska patientsäkerhet undervisas?

- Denna utbildning är en del av en kulturförändring och speglar därför inte den verklighet som studenter ser under sin praktik. Eftersom studenter kan ha praktik i miljöer med en individcentrerad kultur eller där *disruptive behaviour* tolereras behöver de ges möjlighet att prata av sig och reflektera tillsammans med mentorer och att möjliggöra övning om detta ej kan ske i vardagen.
- Använda olika pedagogiska metoder (problembaserat, simulering, föreläsningar och genom att lärare är förebilder)
- Ge studenter chans att utveckla såväl kunskaper och färdigheter som att stärka attityder och värderingar (*instill attitudes*)
- Använda såväl simulerade som verkliga situationer så att studenter får omsätta kunskap i praktik genom övningar, coachning och handledning
- Kraften hos narrativ från patienter i att förmedla upplevelser av när de drabbats av vårdskador eller dåligt bemötande

I en tabell visas sedan exempel på hur ett konkret ämnesområde, handhygien, kan integreras i och belysas inom de olika delarna av WHO:s curriculum. Handhygien väljs då det är ett område där det fortfarande finns problem med följsamheten trots att tydlig och accepterad evidens finns sedan många decennier.

Nästa del lyfter hur man kan hjälpa studenterna bli ledare för patientsäkerhetsarbetet genom att redan under studietiden hantera konflikter och konfrontera skillnad i det som lärs ut inom ramen för detta curriculum och verkligheten:

- Diskuterar hur snabbt studenter socialiseras in i hur det är idag
- Hur det är svårt att stå upp för tillämpning av nya kunskaper som novis i ett hierarkiskt system där man dessutom betygssätts
- Hur studenter behöver vägledning och stöd i att våga prata om och lära av misstag
- Vikten av att hjälpa studenter att förstå varför en mer gammaldags syn på patientsäkerhet finns bland deras handledare; synliggöra aspekter av den medicinska kulturen som driver en mer gammaldags säkerhetskultur
- Ge verktyg för hur studenter kan ifrågasätta osäker praxis utan att hamna i konflikter eller straffas

I nästa tabell exemplifieras hur studenter kan bemöta eller navigera kniviga situationer med utgångspunkt ifrån handhygien.

Topic 1: What is patient safety?

Beskrivning

Lärandemål

Kunskap och färdighet inom patientsäkerhet täcker områden som exempelvis: effektivt teamarbete, adekvat kommunikation i rätt tid, säker läkemedelshantering, handhygien, rutiner och skicklighet vid operation. De områden som valts i curriculum är baserat på evidens om deras relevans och effektivitet. Inledningsvis presenteras en allmän översikt över patientsäkerhetsområdet för att läsaren sedan, under varje avsnitt, ska få en djupare kunskap inom dessa områden.

Kunskaps- och färdighetskrav

Krav på kunskap och förståelse:

Studenten ska efter detta avsnitt kunna (förklara och förstå):

- Skador som uppkommer på grund av fel och systemfel inom hälso- och sjukvården
- Fel och systemfel inom andra (högrisk)branscher
- Patientsäkerhetens historia och skam- och skuldskulturens ursprung
- Skillnad mellan systemfel, violations/överträdelser och fel/misstag (errors)
- En teoretisk modell för patientsäkerhet

Krav på förmåga och färdigheter

Studenten ska efter detta avsnitt kunna:

- Tillämpa patientsäkerhetstänkande i all professionell verksamhet. Studenten ska på olika sätt införliva kunskap om patientsäkerhet i sitt kliniska, professionella arbete genom att:
 - kommunicera med och utveckla relationer med patienten och lära av deras unika erfarenheter av sjukdomen, hur den påverkar deras och familjens liv, ta reda på deras attityd till risker, samt lyssna på deras värderingar och preferenser av vård och behandling.
 - studenterna ska alltid beskrivas som studenter inför patienten så att det inte råder tvivel om att de är under utbildning. Här är målgruppen uttryckligen blivande sjuksköterskor, tandläkare, läkare och farmaceuter, men utesluter inte andra yrkesgrupper inom vården.
- Förstå de multipla faktorer som är inblandade i misstag/fel (*errors*). I detta ingår att:
 - Se bortom misslyckandet och ställa frågor som avslöjar underliggande faktorer till olyckan och uppmuntra andra att göra detsamma. Exempel på frågor som "vad hände?" snarare än "Vem var inblandad?" osv. "De fem varför" är ett annat exempel som på att fortsätta ställa frågor om varför något hände tills underliggande orsaker kommer fram
 - Undvika att lägga skuld på enskilda individer
 - Praktisera evidensbaserad vård
 - Upprätthålla vårdkontinuitet till patienten

- Vara uppmärksam på vikten av egenvård (studentens egen hälsa)
- Ha ett etiskt förhållningssätt varje dag – här betonas särskilt förhållningssätt till patienter och att lära av sina mentorer/handledare, känna till sina skyldigheter och att kunna lyfta frågor och att rapportera kränkningar, skador mm.
- Visa förmåga att identifiera/känna igen patientsäkerhetens roll/betydelse för att bedriva säker vård. Detta innebär att som nyanställd att:
 - ställa frågor om andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet som är tillgängliga för patienten.
 - fråga efter information om de processer som finns på plats för att identifiera negativa händelser.

Avsnittet inleds med ett fall, som på två sidor beskriver en försenad diagnosticering av en spinal abscess efter en epiduralkateter som sattes under en normal förlossning, vilket ledde till meningit orsakad av MRSA och dödsfall 25 dagar efter förlossningen. Fallet används sedan som ett undervisnings- och lärandefall under avsnittet om undervisningsstrategier i slutet av kapitlet.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier	Beskrivning
Gruppdiskussioner	Studenter förbereder ämnen som diskuteras i små grupper, baserat på aktuella händelser i media, från kliniken, eller att en patient inbjuds att berätta om egna erfarenheter.
Didaktiska seminarier	Inbjuda representanter från professionen att berätta om händelser i arbetet och om skador som skam- och skuld-kultur kan orsaka, använda videoinspelat material, inbjudna någon från andra högriskbranscher för att förstå systemsäkerhetsarbete.
Falldiskussioner	Studenterna får ta del av en händelse i form av fall baserade på inrapporterade händelser med målet att förstå hur de kan uppstå och använda fall för brainstorming av idéer om risker/lösningar samt förebygga att det händer igen.
Simulering	Simulera en händelse – och låta studenter identifiera var systemet brast och hur händelsen kunnat förbyggas, samt steg för att förhindra att det händer igen.
Axplock av exempel på andra aktiviteter	• Följa en patient under hens resa genom vården • Tillbringa en dag på en klinik för att följa arbetet där • Inbjuda experter som berättar om deras verksamhet

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Lärandemål och kunskaps/färdighetskrav behöver utvecklas utifrån revidering av kunskapsinnehållet lyfts ifråga om aktuell teoriutveckling, forskning, och innehåll i svensk lagstiftning.

Det saknas mål för *värderingsförmåga och förhållningssätt* som ingår i examensmålen enligt högskoleförordningen. Dessa lärandemål får ökande betydelse i ett nytt perspektiv på patientsäkerhet och skulle kunna infogas i ett svenskt curriculum

Relevans för olika målgrupper

Området är relevant för samtliga målgrupper och vårdkontext – nödvändiga baskunskaper för att förstå patientsäkerhetsarbete

Bedömning av pedagogiska metoder

Som en följd av det som tidigare skrivits behöver metoder och verktyg anpassas till målgrupp samt lärandemål. Hänvisar till dessa avsnitt i teachers guide.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Det material och referenser som finns i WHO:s curriculum behöver uppdateras relaterat till uppdaterat innehåll.

Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety

Beskrivning

Lärandemål

Att förstå relationen mellan *human factors* och patientsäkerhet och att kunna applicera den kunskapen i klinisk praxis.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskapskrav;

- Studenten ska kunna innebörden av begreppet *human factors* och förstå relationen mellan *human factors* och patientsäkerhet

Krav på förmåga och färdigheter;

- Studenten ska kunna tillämpa kunskapen i sin arbetsmiljö

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

Detta område antas i WHO curriculum vara nytt för de flesta vilket ger en möjlighet till kreativ undervisning i klinisk praxis. Som föreläsare i ämnet för att hålla introduktion

och undervisa om underliggande principer föreslås att man tar in någon från discipliner som är familjära med ämnesområdet så som ingenjörer, psykologer eller kliniker.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier	Beskrivning
Individuell och/eller Grupp-reflektioner	Läraren ger goda respektive dåliga exempel på verktyg eller maskiner från olika verksamheter och studenter ombeds att reflektera över exempel från skolan eller deras tidigare arbetsplatser utifrån givna frågeställningar om design, och funktionalitet relaterat till säkerhet.
Didaktiska seminarier	Bjuda in representanter från professionen att berätta om händelser i arbetet och om skador som skuld-kultur kan orsaka, använda videoinspelat material, inbjuda någon från andra högriskbranscher för att förstå systemsäkerhetsarbete,
Falldiskussioner	Studenterna får reflektera och diskutera olika fall som handlar om övertid, trötthet stress etc. i en klinisk miljö med målet att förstå hur trötthet eller stress påverkar kognitiva funktioner och säkerhet.
Exempel på övriga lärandeaktiviteter	• att utforska riskfaktorer i sin egen arbetsmiljö • studera risker med maskiner och procedurer • studera och diskutera risker med larm

Bedömning

Bedömning av övergripande lärandemål samt kunskaps- och färdighetskrav
Övergripande lärandemål "Att förstå relationen mellan human factors och patientsäkerhet och att kunna applicera den kunskapen i klinisk praxis" behöver specificera bättre vilka delar inom kunskapsområdet som är relevanta för patientsäkerhet. Delar av kunskapsområdet *human factors* kan ingå i målgruppens grundutbildning till olika grad – till exempel kan läkarutbildningen innehålla kurser om kognition och exekutiva funktioner i relation till sömnbrist och trötthet så att målgruppen har en grundläggande kunskap, vilket gör att man kan lägga lärandemålen på en annan nivå, än när man utbildar personal inom andra sektorer i vården.

Kunskapskrav och färdighetskrav behöver också specificeras bättre. Lärandemål och kunskapskrav är avhängiga hur området avgränsas och hur kunskapsområdet beskrivs. Det behöver finnas en tydlig beskrivning av vilka delar inom *human factors* som det är relevanta att lära sig. Exempelvis skulle lärandemål kunna vara i stil med att:

Studenten ska kunna:

- Ge exempel på hur fysiologiska och kognitiva begränsningar påverkar individen och beslutsfattande samt ge förslag till åtgärder
- Och så vidare.....

I övrigt saknas mål för *värderingsförmåga och förhållningssätt*. Dessa lärandemål får ökande betydelse i ett nytt perspektiv på patientsäkerhet.

Relevans för olika målgrupper

Hög relevans för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården - men behöver anpassas till olika målgrupper och nivåer.

Bedömning av pedagogiska metoder

Fallbeskrivningar och lärandestrategier som föreslås i curriculum är på en basal nivå för studenter som är nya i en vårdkontext. Exempelvis att gå ut och hospitera för att se hur larmsystemen fungerar är mindre relevant för dem som redan arbetar i vården än för dem som är helt nya.

Att diskutera fall föreslås här liksom i alla områden och även här är det viktigt att fallbeskrivningarna hamnar på rätt nivå för målgruppen och att de är anpassade till svensk kontext. För ett svenskt curriculum finns källor att använda i lex Maria-anmälningar, incidentrapporter med flera källor, som är rika på exempel. Vilka metoder och läraktiviteter som är adekvata är avhängig kunskaps- och färdighetskraven. Eftersom dessa behöver uppdateras behöver även pedagogiska verktyg och metoder uppdateras och anpassas.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Litteratur och länkar är utdaterade och inte anpassade till svensk kontext.

Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care

Beskrivning

Lärandemål

Att förstå varför systemkunskap är viktigt för att förbättra sjukvården och minimera risken för negativa händelser.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskapskrav

Att kunna beskriva vad system och komplexitet är och begreppens betydelse för sjukvård, och varför systemtänkande är viktigt för patientsäkerhet och överlägset tidigare sätt att tänka.

Färdighetskrav

Att kunna beskriva delarna i ett säkert sjukvårdssystem

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

Fallbeskrivningar - med tillhörande diskussionsfrågor och arbetsuppgifter av typ gör en händelsekedja. Förslag på utbildnings- och lärandemetoder inkluderar:

- Föreläsning om system och komplexitet
- Gruppdiskussioner – och arbeten
- Skugga patient
- Delta i/observera utredning av vårdskada

Verktyg och material

Begränsad men relevant litteraturlista i förhållande till innehållet i området.

Interaktiv DVD - *The WHO Learning from Error workshop* med DVD eller nedladdningsbar fil (www.who.int/patientsafety/education) om intrathekal vinkristin. Länken fungerade inte vid test 2021-03-24.

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Lärandemålet är övergripande, men det är rimligt. Det behöver anpassas något, det är inte helt korrekt att säga att ett systemtänk kommer minska negativa händelser.

Kunskaps- och färdighetskraven är bägge två också övergripande, och ganska näraliggande varandra i betydelse. De har en rimlig nivå men måste utvecklas i linje med hur kunskapsinnehållet utvecklas enligt förslag om det.

Relevans för olika målgrupper

Både lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav behöver målgruppsanpassas. Som de är formulerade nu (och med de förändringar som föreslås) passar de väl för akademiska utbildningar till vårdyrken, och för utbildning som ges till ledningspersoner och professionella i vården med inflytande, med eller utan formellt ledningsansvar. För annan vårdutbildning och utbildning till andra professionella i vården kan kraven vara lägre.

Bedömning av pedagogiska metoder

De få som anges är relevanta.

Metoden att skugga patient och sedan diskutera i grupp under handledning vilka delar av sjukvårdssystemet som påverkar patientens vård och hur är särskilt bra.

Detta område ligger i sitt kunskapsinnehåll nära det som finns i område 5 och 6, och utbildning i dem kan med fördel hänga ihop.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Fallbeskrivningarna är bra och relevanta. Men det bör vara enkelt att hitta svenska fall som lika väl passar, och då är det bättre och trovärdigare att använda dem.

Lästipsen är bra för det innehåll som finns, men de behöver utvecklas och anpassas i förhållande till anpassning av kunskapsinnehållet. Det finns bra läsning på svenska om kunskapsinnehållet i detta område, till exempel i böckerna på svenska om patientsäkerhet som redigerats av Synnöve Ödegård.

Referenslistan behöver revideras. Listan bör kunna kortas, och det behöver tillföras referenser relaterade till det kompletterande kunskapsinnehållet om organisatoriska olyckor, *Safety I* och *Safety II*, resiliens, och kanske något mer.

Topic 4: Being an effective team player

Beskrivning

Lärandemål

Kunskaper

Förståelse för olika sorters team i vården, hur teamarbete kan förbättra vården av patienter, hur team bildas och utvecklas, vad som kännetecknar effektiva team och effektivt ledarskap, säker kommunikation för team, strategier för att lösa oenighet och konflikt, hinder för effektivt teamarbete och hur man kan bedöma teamprestationer

Färdigheter

Att kunna tillämpa strategier för effektivt teamarbete på följande sätt:

- Vara uppmärksam på hur värderingar och antaganden påverkar samarbete och kommunikation med andra. Detta är särskilt viktigt när patienter och personal kommer från olika kulturella bakgrunder
- Var uppmärksam på de andra medlemmarna i laget och hur psykosociala faktorer påverkar teamarbetet
- Var medveten om hur förändringar påverkar teamet
- Inkludera patienten och närstående i teamet
- Kunna använd tekniker för säker kommunikation
- Använda strategier för ömsesidigt stöd i teamet
- Hur man kan lösa konflikter
- Var öppen för att ändra och observera beteenden

Vad behöver studenter göra för att tillämpa principer för teamarbete?

Kan öva redan tidigt i till exempel PBL grupper. Observerar team genom hela utbildningen; möjlighet att lära av såväl bra som dåligt teamarbete, notera värderingar, roller och hur olika förutsättningar och beteenden påverkar teamarbetet. I dessa sammanhang

kan de öva på teamfärdigheter och hur de kan ge varandra ömsesidigt stöd, öva på kommunikation och på att påtala risker. Viktigt att studenterna får en briefing innan aktiviteten och en debriefing efteråt av en utbildad instruktör.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

Författarna lyfter hur att det bästa sättet att lära är att vara del av ett team och öva tillsammans. De pedagogiska upplägg som finns är alla aktiviteter som är tänkta att utföras i team. En viktig aspekt är att reflektera över den lokala säkerhetskulturen och hierarkin; hur ok är det att säga ifrån eller påtala en risk ("Speak-up")?

Vidare föreslås ett antal olika läraktiviteter och hur de kan anpassas efter studenternas progression genom utbildningen och efter att de bygger alltmer egen erfarenhet.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier	Beskrivning
<i>Involvera förebilder</i>	Bjuda in personer som är goda kliniska förebilder för att belysa värderingar, olika aspekter av teamarbete och av teamfärdigheter.
<i>Didaktiska seminarier</i>	För att introducera centrala begrepp
<i>Teamövningar med efterföljande reflektion</i>	Exempel ges på teambuilding övningar som går att genomföra i klassrum
<i>Falldiskussioner</i>	Kapitlet inleds med ett fall där en patient dör på grund av att teamet inte kommunicerar och bygger en gemensam bild av patientens tillstånd. Detta leder till att de inte upptäcker i tid att han har en allvarlig skullskada och han avlider. Senare i kapitlet finns flera andra fallstudier som resurser att utgå ifrån vid gruppreflektion eller diskussion. • Ytterligare ett fall som belyser hur bristande kommunikation kan leda till att patienter kommer till skada • Brister i överrapportering av information och bild av patienten och hur det leder till en negativ händelse • Ett exempel på att akut omhändertagande är beroende av välfungerande teamarbete
<i>Gruppreflektioner</i>	Kring erfarenheter av teamarbete inom eller utanför vården, reflektion kring vilka typer av team studenterna kommer att delta i när de kommer ut i vården.
<i>Teamträning</i>	I fullskalig simulator eller scenarier föreslås som ett mycket effektivt sätt att lära, särskilt om det sker i interprofessionella grupper. Vikten av en strukturerad debriefing av en utbildad simulatorinstruktör lyfts.

Krav på de som ska utbilda

Kompetens i icke-tekniska färdigheter, gruppdynamik, teamträning inklusive teamträning i simulator, strukturerad debriefing.

Metoder för att bedöma teamarbete

I simulerade och verkliga situationer. Referenser ges.

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Relevanta, nivån skulle kunna förtydligas enligt Miller. Många vårdutbildningar erbjuder i nuläget övning i teamarbete redan under grundutbildningen i form av interprofessionellt lärande under såväl akademiska moment som vid KUA, KUM, scenario och simuleringsövningar.

Relevans för olika målgrupper

Lärandemål fungerar väl för såväl grundutbildning för studenter som för vårdpersonal och är relevanta för en mängd olika kontexter.

Bedömning av pedagogiska metoder

Relevanta men speglar relativt grunda kunskaps- och färdighetsmål. Skulle kunna fördjupas inom en svensk kontext redan nu. Om målet är att kunna se, öva och lära mer om icke tekniska färdigheter krävs kompetensutveckling av fakultet i såväl säkert teamarbete som pedagogiska metoder för att träna detta och att leda reflektioner.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Grundreferenser relevanta, forskning om team och säkerhet är väldigt bred och aktiv, uppdatering behövs.

Topic 5: Learning from errors to prevent harm

Beskrivning

Lärandemål

Att förstå olika sorters fel (*error*) och hur man kan lära av dem för att förbättra säkerheten.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskapskrav

Att förstå hur man kan lära av fel, och att kunna de olika begreppen/termerna – fel, misstag, näramissar etc.

Färdighetskrav

Att kunna identifiera situationer och faktorer som innebär ökad risk, delta i utredningar av misstag och använda strategier för att minska risken för fel.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

- Simulering
- Interaktiva föreläsningar
- Gruppdiskussioner – och övningar
- En lång lista med förslag på hur man kan skapa diskussion om att lära av fel och misstag.
Aktiviteter studenter kan göra på sin praktikplats – delta i utredning av vårdskada, ta reda på om det finns komplikationskonferens, observera och diskutera med varandra om risksituationer med mera.
- Fallbeskrivningar, med tillhörande diskussionsfrågor.
- Verktyg och material - hänvisar bara till en icke fungerande länk på webbplatsen för the *Agency for Healthcare Research and Quality*, New York Medical College, New York, USA.

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Lärandemål behöver anpassas så att det bättre fångar att det viktiga inte är att kunna klassificera olika sorters fel, utan att förstå vikten av att lära av allt som händer, inklusive fel och misstag. Nivån på kraven är rimlig och bör bibehållas i bearbetningen.

Kunskapskraven behöver helt bearbetas så att de passar till det uppdaterade innehållet.

Färdighetskraven är rimliga och adekvata.

Relevans för olika målgrupper

Målen kan efter bearbetning vara relevanta för alla målgrupper.

Bedömning av pedagogiska metoder

De som föreslås är relevanta och tillräckliga. För målgrupperna studenter till vårdprofession och vårdprofession kan också träning i markörsbaserad journalgranskning vara en bra metod.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Fallbeskrivningarna med diskussionsfrågor är relevanta, men svenska motsvarigheter bör ersätta. Det vore bra med några flera fall, inte bara fyra, för att få in fall från primärvård och hemsjukvård.

Hänvisning till utbildningsmaterial behöver anpassas i förhållande till anpassningen av innehållet, men också så att svenska källor anges, Socialstyrelsen, SKR med flera.

Referenser behöver uppdateras så att de passar till det uppdaterade innehållet

Topic 6: Understanding and managing clinical risk

Beskrivning

Lärandemål

Att veta hur principer inom riskhantering tillämpas genom identifiering, bedömning och rapportering av risker och möjliga risker på arbetsplatsen.

Kunskaps- och färdighetskrav

Att kunna

- Att veta hur man samlar information om risker
- Förståelse av vilka krav på lämplighet som ställs inom yrket och det personliga ansvaret för att hantera risker i den kliniska miljön
- Att veta hur risker rapporteras på arbetsplatsen
- Att veta när och hur man ber om hjälp från handledare, erfarna arbetskamrater eller annan vårdpersonal

Färdigheter

- Kunna föra noggranna och fullständiga journaler
- Delta i möten för att diskutera riskhantering och patientsäkerhet
- Ett lämpligt bemötande av patienter och anhöriga efter avvikelser
- Ett lämpligt bemötande vid klagomål
- Värna om den egna hälsan och välbefinnandet

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

- Interaktiva eller didaktiska föreläsningar
- Paneldiskussioner
- Diskussioner i smågrupper
- Simuleringsövningar
- Övrigt: deltagande i kliniska möten för avvikelshantering
- Fallstudier
- Användbara länkar till verktyg och vidare inläsning

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Det övergripande lärandemålet är relevant i en svensk kontext.

De olika kunskapskraven är i stort relevanta, men där kravet på individens personliga lämplighet bör tonas ned och istället betona all hälso- och vårdpersonals gemensamma ansvar att kunna hantera risker.

Vissa av färdighetskraven är relevanta. De två färdighetskrav som dels handlar om att delta i möten och dels att värna om den egna hälsan är dock tveksamt formulerade ur ett svenskt perspektiv. Här saknas kravet att kunna identifiera vad som är en risk eller en potentiell risk. Nivån som efterfrågas är i stort sett adekvat.

Relevans för olika målgrupper

De olika målen och kraven är formulerade för att vara relevanta för hälso- och sjukvårdspersonal och deras närmaste chefer i en klinisk miljö. Individer på ledande positioner på högre organisatorisk nivå och beslutsfattare inom kommuner/regioner behöver ha mer kunskap och färdigheter inom området.

Bedömning av pedagogiska metoder

Undervisningsmetoder och format bör vara lämpade för och bör fungera i en svensk kontext. Särskilt intressant och utvecklande bör kunna vara momentet med att delta i avvikelshantering tillsammans med lokal avvikelshanterare, verksamhetens avvikelssamordnare och organisationens chefläkare för att få återkoppling på identifiering och bedömning av risker i en klinisk miljö.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

De olika falldiskussionerna fungerar bra i en svensk kontext. De lästips som hänvisas till skulle behöva uppdatering. Lästips som hänvisar till Wikipedia bör plockas bort. De hänvisningar som uteslutande tar upp förhållanden inom det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet bör plockas bort.

Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care

Beskrivning

Lärandemål

Kunskaper

- Studenterna ska kunna beskriva:
- Tvärvetenskapliga rötter till förbättringskunskap
- Grundläggande förändringsbegrepp
- Verktyg för systematiskt förbättringsarbete
- Mätningens roll i förbättring

Färdigheter

- Identifiera möjligheterna att använda metoder för säkerhetsarbete/analys för att förstå bidragande orsaker och identifiera förbättringsområden
- Kunna beskriva hur förbättringsmetoder kan användas i patientsäkerhetsarbetet
- Tillämpa minst ett förbättringsverktyg i ett kliniskt sammanhang.
- Delta i ett förbättringsarbete (om möjligt)

Förslag till pedagogiska upplägg och undervisningsformer:

Avsnittet beskriver ett antal komplementära undervisningsformer. Deltagande i ett verkligt förbättringsarbete framhålls ge bästa förutsättningarna för lärande men detta kan vara svårt att genomföra på grund av att det kräver att lärosätet har etablerad kontakt med verksamheter som har pågående förbättringsprojekt. Ett annat hinder som diskuteras är svårigheten att få till rätt timing.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier	Beskrivning
Delta eller utföra delar av eller helt förbättringsarbete	Deltagande i verkligt förbättringsarbete eller genomförande av eget personligt förbättringsprojekt lyfts som de bästa sätten att lära sig förbättringsarbete och verktygen. Att arbeta med egna vanor såsom träning, sluta röka, förbättra studieteknik lyfts som exempel. Deltagande i ett verkligt förbättringsarbete framhålls ge bästa förutsättningarna för lärande men detta kan vara svårt att genomföra på grund av att det är svårt att få till rätt timing. Som ett alternativ lyfts studiebesök där studenten kan observera ett förbättringsteam och prata med chefer eller verksamhetsutvecklare.
Didaktiska seminarier	Genomgång av förbättringsteorier och koncept. Introducera grunderna i systematiskt förbättringsarbete, förbättringsverktyg och faser i ett förbättringsprojekt.
Falldiskussioner	Studenterna får ta del av ett förbättringsarbete i case form med målet att förstå hur de olika delarna och stegen i ett att initiera, genomföra och följa upp ett förbättringsarbete ser ut i verkligheten.
Gruppreflektioner kring förbättringskoncept	Bjud in medarbetare från hälso- och sjukvården som arbetat med förbättringsprojekt
Simulering av ett helt eller delar av ett förbättringsprojekt	Till exempel att i grupp tolka styrdiagram och besluta om en PDSA lett till förbättringar
Att i grupp genomföra en FMEA eller riskanalys	Kräver förförståelse och att studenter behärskar flödeskartläggning

Krav på dem som ska utbilda

Undervisning i förbättringskunskap lyfts som en utmaning att det kräver lärare som har egen erfarenhet av att genomföra förbättringar, av att ha använt förbättringsmetoder och verktyg

Undervisningsresurser

Till detta avsnitt finns material i form av PPT till föreläsningar, förslag till övningar och frågeställningar

Bedömning

Bedömning av kunskapsinnehåll och behov av anpassning

Meningsfulla och rimliga med tanke på att detta område är ett eget kunskapsområde. Kunde eventuellt fokusera mer på att beskriva hur förbättringsarbete inom patientsäkerhetsområdet kan skilja sig från att arbeta med kvalitetsaspekter såsom flöden, väntetider osv. Behöver anpassas och stämmas av mot andra redan existerande moment inom

grund- och vidareutbildningar som tar upp ämnet förbättringskunskap samt mot hur området till exempel beskrivs i skriften *Teamarbete och Förbättringskunskap* om kärnkompetenser.³¹

Relevans för olika målgrupper

Relevant för studenter på grundutbildningsnivå eller som en första introduktion till ämnet för medarbetare och chefer. För personer med ett ansvar för att arbeta med patientsäkerhet, chefer eller verksamhetsutvecklare skulle såväl innehåll, detaljnivå samt exempel behöva anpassas.

Bedömning av pedagogiska metoder

De metoder som föreslås är relevanta. Personligt förbättringsarbete som form för lärande är väl utvärderat som pedagogisk metod för att kunna lära om såväl som tillämpa förbättringsverktyg och modeller och för att själv uppleva utmaningarna i att förändra beteenden och vanor. Förslagen på undervisningsformer följer en rimlig progression för upplägg för första åren på utbildning till mer seniora studenter. Möjligen höga ambitioner för en kurs i patientsäkerhet där detta område är ett av många.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

Viktiga grundreferenser i form av framför allt böcker men kan kompletteras med nyare upplagor, samt med länkar till svenska resurser för till exempel risk och händelseanalys, kärnkompetenser.

³¹<https://www.sls.se/contentassets/ff5b48f7144c424db0e713c5c97dd9db/karnkompetenser1.pdf>

Topic 8: Engaging with patients and carers

Beskrivning

Lärandemål

Att förstå på vilket sätt patienter och anhöriga kan medverka som aktiv part i hälso- och sjukvård, både för att förebygga vårdskador och lära från inträffade fel och händelser.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskapskrav

Studenten ska förstå grundläggande kommunikationsteknik, informerat samtycke och principerna för *open disclosure*.

Förmåga och färdigheter

Studenten ska:

- Aktivt uppmuntra patient och närstående att dela med sig av information
- Aktivt dela information med patient och närstående
- Visa patient och närstående empati, ärlighet och respekt
- Kommuniera på ett effektivt sätt
- Ge anpassad information till patienten och inhämta informerat samtycke om vård och behandling och stödja patienten i att fatta informerade beslut
- Visa respekt för varje patients olikheter, religiösa, kulturella och individuella uppfattningar och behov
- Kunna beskriva och förstå de grundläggande stegen i *open disclosure*
- Möta patienters klagomål med öppenhet och respekt
- Tillämpa patient-engagerande tankesätt i all klinisk aktivitet
- Visa förmåga och insikt om värdet av patient och närståendes engagemang för en god klinisk vård.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

Detta område kan delas upp i flera delar och integreras i ett curriculum eller kan stå som en egen läraaktivitet.

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier	Beskrivning
Didaktiska seminarier	Att använda färdiga/generella PowerPointpresentationer för att täcka hela ämnet. Börja sessionen med en fallstudie och låta eleverna sätta sig in i några av de frågor som presenteras i berättelsen.
Fallstudier	Studenten läser och sätter sig in i ett verkligt fall där en vårdskada skett och analyserar det från patientens, personalens och managementperspektiv.
Simuleringsövningar	Olika scenarier kan utvecklas angående ogynnsamma händelser och analys av händelser; rollspel med diskussioner mellan patienter och studenter i olika situationer, till exempel situationer där det finns en konflikt; där studenten inte har informationen; eller där en patient klagar på en student. Rollspel kunde också baseras på debriefing av en student som har fått ett klagomål.
Reflektion i små grupper	En eller flera studenter ombeds att förbereda och hålla i en diskussion om de områden som omfattas av ämnet. Handledaren som bör också vara bekant med innehållet, så att information kan anpassas till lokal kontext
Patientmedverkan	Att en patient kommer till lektionen och berättar om sina erfarenheter som patient.
Rollspel	Att studenter arbetar i par eller små grupper, där en student tar rollen av att vara patient där ett allvarligt fel har inträffat. Låta den andra eleven vara läkaren som meddelar felet. Efter den här rollövningen, debriefa eleverna för att se hur de kände och vad de lärde sig.
Fältstudier	• Att i par gå ut och fråga patienter om vad som gör att de upplever att vården är säker eller inte. • Följa en patient genom hälso- och sjukvårdens system. • Följa personal och observera hur de informerar patienter om vård/behandling. • Hospitera på en annan vårdavdelning/eller följa en annan profession i dess arbete. • Utforska hur den avdelning de gör sin praktik genomför händelseanalyser, informerat patienter..., vilka protokoll de använder hur de dokumenterar och följer upp.

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Bedömningen av om lärandemålen är relevanta, för höga eller för låga beror helt på målgrupp. På en grundläggande utbildningsnivå (studenter i grundutbildning) inom alla professioner och sjukvårdskontext, är kunskapskraven: att kunna och förstå på vilket sätt

patienter och anhöriga kan medverka som part i hälso- och sjukvård och färdighetskraven att förstå grundläggande kommunikationsteknik för att kunna informera och kommunicera med patienter/anhöriga/personal adekvata. Därefter behövs en progression och anpassning relaterat till målgrupp.

Relevans för olika målgrupper

Relevansen är hög för dem som arbetar patientnära men i enlighet med ett systemperspektiv så påverkas möjligheten att involvera patienter och anhöriga i patientsäkerhetsarbete av strukturer i systemet (tid, rapporteringssystem, etc.) vilket gör att det är relevant även på ledningsnivå.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

I detta avsnitt finns två fallbeskrivningar; ett fall där en kvinna med ett utomkvedshandskap tack vare en informationsfilm som hon fick med sig hem, kunde upptäcka en ruptur och åka in till sjukhuset i tid. Det andra där en äldre person med höftfraktur, som tack vare ett teamarbete där den äldre kvinnan var involverad i rehabilitering fick en positiv utgång. Fallen behöver anpassas till målgrupp och till svenska förhållanden.

Litteraturtips behöver uppdateras och anpassas för olika nivåer och målgrupper.

Förslag på svenska länkar, tex:

- Socialstyrelsens samlade stöd³² har flera relevanta länkar som kan användas i utbildningen på alla nivåer, exempelvis Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal³³.
- Sveriges Kommuner och Regioner har tillsammans med företrädare från regioner och kommuner tagit fram ett antal informationsmaterial och verktyg för att stödja patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet som också kan länkas till.
- Praktiska exempel på personcentrerad vård och hur patienter involveras i patientsäkerhetsarbete som finns i olika delar av landet kan användas. Forskning om systematisk involvering av patienter i patientsäkerhetsarbete bedrivs bland annat vid Centrum för personcentrerad vård i Göteborg.³⁴

³² <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakert/patientens-delaktighet/>

³³ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>

³⁴ <https://www.gu.se/gpcc>

Topic 9: Infection prevention and control

Beskrivning

Lärandemål

Visa de allvarliga effekterna av otillräckligt förebyggande arbete och otillräcklig kontroll av infektioner i sjukvården för att visa eleverna hur de som individer i vårdteamet kan hjälpa till att minimera risken för kontaminering och infektion för att förbättra patient-säkerheten.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskap

Studenterna behöver kunna: omfattningen av problemet, huvudorsakerna till och typerna av VRI, hur smittspridning kan ske i sjukvården, huvudprinciperna och metoderna för att förebygga och kontrollera VRI.

Färdighet

Studenterna behöver:

- Tillämpa vanliga vårdhygieniska åtgärder
- Säkerställa att de följer andra infektionsförebyggande och kontrollåtgärder efter behov
- Tillämpa principer för steril hantering
- Immuniseras mot hepatit b
- Använda och kassera skyddskläder och utrustning på lämpligt sätt
- Veta vad de ska göra om de utsätts för stänk av blod eller annat kroppsvätskor
- Använda och kasta stickande och skärande föremål på rätt sätt
- Fungera som en förebild för annan vårdpersonal
- Utbilda allmänheten om hur de kan hjälpa till att förhindra infektioner
- Uppmuntra andra att använda vanliga försiktighetsåtgärder för att förebygga och kontrollera vri
- Förstå den potentiella sociala, ekonomiska och emotionella belastningen av vri på patienter, och agera i enlighet därmed
- Kunna diskutera vri med patienter och släktingar med empati och tydlighet

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

- Simulering och träning av olika moment.
- Föreläsningar, kan vara interaktiva med hjälp av powerpoint-presentation eller fallbeskrivning.
- Problembaserat lärande, baserat på något fall.
- Paneldiskussion med erfarna experter/kliniker.
- Gruppdiskussion
- Övrigt
 - Intervjua VRI-drabbad patient
 - Delta i/observera grupp som arbetar med VRI/vårdhygien

- Observera vård av riskgrupp för VRI
- M.m.

Fallbeskrivningar, med tillhörande diskussionsfrågor

”Verktyg och material” – omfattande lista med förslag på litteratur som täcker in bredden i området – handhygien, riktlinjer för isoleringsvård, riktlinjer om skydd mot och kontroll av infektioner, infektioner vid kirurgi, nationella riktlinjer. De flesta tipsen är länkar till olika sites, till antingen pdf-at material som då är från 2000-2010, eller till uppdaterade sites. Några länkar fungerar inte.

Referenslistan är från 1990-talet – 2011.

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Lärandemålet är konstigt formulerat och bör formuleras om så att det framgår att studenterna ska lära sig om VRI, orsaker, åtgärder etc.

Kunskapskraven är adekvata och bra.

Färdighetskraven är mycket detaljerade och i huvudsak praktikinriktade, de är mer formulerade som mål men de är i huvudsak adekvata och bra, men behöver kompletteras med något om ”kunna diskutera individ- och systemaspekter...”. De förskriver också hepatitis-B vaccination, tveksamt om just det ska finnas med i kraven.

Kraven är på en adekvat nivå (se nedan).

Relevans för olika målgrupper

Lärandemål, kunskaps- och färdighetskrav är på en bra nivå för målgruppen vård- och omsorgspersonal hos kommuner och regioner med högskoleutbildning och deras närmaste chefer, och i utbildningar till sådana professioner. För andra målgrupper behöver texten anpassas. Personal med lägre utbildningsnivå behöver en förenkling, utbildning för ledning behöver en mer övergripande och mera med fokus på ”grundläggande förutsättningar”.

Bedömning av pedagogiska metoder

De föreslagna är relevanta och adekvata.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

De två fallbeskrivningarna är adekvata, men det vore bättre med två ”svenska” fall. Vidareläsningstips och litteraturlistan behöver anpassa till aktuella (svenska) förhållanden och källor (av vårdhygienisk och patientsäkerhetsexpertis).

Topic 10: Patient safety and invasive procedures

Beskrivning

Lärandemål

Att förstå de bakomliggande huvudorsakerna till avvikelser vid interventioner och hur användande av riktlinjer, verifieringsverktyg och lagarbete kan underlätta att rätt patient erhåller rätt behandling vid en lämplig tidpunkt och på en lämplig plats.

Kunskaps- och färdighetskrav

Kunskap

De vanligaste avvikelserna i samband med interventioner och ha kännedom om de verifieringsverktyg som finns och kan användas för att förbättra vården vid interventioner.

Färdigheter

- Förmåga att följa processen när verifieringsverktyg används vid interventioner för att undvika fel patient, fel del av kroppen eller att fel procedur genomförs
- Ha tränat på tekniker som minskar risker och avvikelser, ex time-out
- Deltagit i kliniska möten för genomgång av dödlighet och sjuklighet efter interventioner
- Aktivt deltagande i lagarbete med vårdpersonalen
- Aktivt engagemang i vården av patienter

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

- Interaktiva eller didaktiska föreläsningar
- Paneldiskussioner
- Diskussioner i smågrupper
- Simuleringsövningar
- Övrigt: studiebesök på operations- och vårdavdelningar för att närvara vid interventioner, observera lagarbete, delta i avdelningsmöten, följa en patient genom en procedur och kritisk granskning av de verifieringsverktyg som används
- Fallstudier
- Länkar till verktyg och vidare inläsning

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Det övergripande lärandemålet är helt relevanta i en svensk kontext. De olika kunskapskraven är helt relevanta. De olika färdighetskraven är relevanta. Nivån som efterfrågas är i stort sett adekvat.

Relevans för olika målgrupper

De olika målen och kraven är formulerade för att vara relevanta för hälso- och sjukvårdspersonal och deras närmaste chefer i en klinisk miljö.

Bedömning av pedagogiska metoder

Undervisningsmetoder och format bör vara lämpade för och bör fungera i en svensk kontext. Särskilt intressant och utvecklande bör kunna vara momentet med att delta på operations- och vårdavdelningar för att närvara vid interventioner och att kunna följa en patient genom en hel procedur.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

De olika falldiskussionerna fungerar bra i en svensk kontext. De lästips som hänvisas till är i stort sett relevanta.

Topic 11: Improving medication safety

Beskrivning

Lärandemål

Området ämnar skapa en överblick av läkemedelssäkerhet. Det är utformat för att stimulera ett fortsatt lärande och för att träna på möjligheter till förbättring vid läkemedelshantering.

Kunskaps- och färdighetskrav

Att kunna

- Kunskap om vidden av läkemedelsfel
- Känna till att läkemedelshantering är förenat med risker
- Känna till vanliga bakomliggande orsaker till avvikelser
- Känna till de steg inom läkemedelshantering där avvikelser kan inträffa
- Kunskap om det ansvar som är förenat med ordination och administrering av läkemedel
- Kunskap om hur man känner igen vanliga riskfyllda situationer
- Känna till hur läkemedelshantering kan bli säkrare
- Känna till fördelarna med ett multidisciplinärt tillvägagångssätt när läkemedelshantering ska bli säkrare

Färdigheter

Säkerhet vid läkemedelshantering är ett omfattande område. Vårdpersonal som förstår de problem och risker läkemedelshantering innebär kommer att:

- Använda generiska namn
- Skräddarsy ordinationer för varje patient
- Träna på att ta en grundlig läkemedelsanamnes
- Ha kunskap om vilka läkemedel som är förenade med höga risker
- Vara mycket bekanta med de läkemedel hen ordinerar och/eller bereder
- Använda lathundar
- Kommunicera tydligt
- Utveckla kontrollfunktioner och kontrollerande vanor
- Uppmuntra patienter att bli aktivt involverade i läkemedelshanteringen

- Rapportera och lära från avvikelser
- Förstå och träna läkemedelsberäkning inklusive justeringar beroende på kliniska parametrar (ex njurfunktion)
- Upptäcka interaktioner mellan olika läkemedel samt mellan mat och läkemedel

Pedagogiska verktyg och undervisningsstrategier

- Interaktiva föreläsningar
- Gruppdiskussioner
- Problembaserad inläring (PBL)
- Praktiska workshops: under moment som innehåller ordination/beräkning/administrering kan man tillföra ex tidspress och akutsituationer
- Projektarbeten i en klinisk miljö
- Rollspel med olika scenarion
- Fallstudier
- Länkar till verktyg och vidare läsning

Bedömning

Bedömning av lärandemål och kunskaps- och färdighetskrav

Lärandemålet är diffust och otydligt formulerat.

De flesta av kunskapskraven är relevanta i en svensk kontext. Ett av kraven kan dock plockas bort; det om ansvar som är förenat med ordination och administrering, då det antyder att det föreligger mer ansvar i vissa delmoment.

De olika färdighetskraven är omfattande och mer formulerade som mål, men är i övrigt relevanta i en svensk kontext.

Nivån på kraven är generellt sett hög.

Relevans för olika målgrupper

Lärandemålens relevans kan ej bedömas på grund av sin karaktär enligt ovan. Kunskaps- och färdighetskraven är formulerade för att vara relevanta för hälso- och sjukvårdspersonal i en klinisk miljö. Samtliga krav riktas särskilt till läkare och sjuksköterskor i nära patientarbete.

Bedömning av pedagogiska metoder

Undervisningsmetoder och format bör vara lämpade för och bör fungera i en svensk kontext. Särskilt intressant och utvecklande bör vara praktiska workshops där olika moment av läkemedelshantering kan tränas under mer eller mindre pressade förhållanden för att efterlikna vardagliga situationer.

Utbildningsmaterial och referenser för vidare läsning

De olika scenarion och falldiskussioner som används fungerar bra i en svensk kontext. De lästips som hänvisas till behöver en grundlig uppdatering och förnyelse.

Denna rapport redovisar Socialstyrelsens bedömning av behovet av ett svenskt nationellt curriculum för patientsäkerhet och lämnar förslag på hur arbetet med att utveckla och implementera ett sådant curriculum kan genomföras. Rapporten är tänkt att utgöra ett kunskaps- och beslutsunderlag till stöd för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå att utveckla utbildning och fortbildning inom patientsäkerhetsområdet.

Livsviktigt lärande
(artikelnr 2021-12-7677)
kan laddas ner från www.socialstyrelsen.se

