



STRATEGI

för kvalitetsutveckling
inom omvårdnad



Innehåll

- 3 Inledning
- 4 Det etiska ansvaret
- 5 Sex kärnkompetenser
- 7 Kvalitetsarbete och förbättringskunskap
- 8 Ständiga förbättringar och prioriteringar
- 10 Säker vård
- 12 Lärande och kompetens
- 14 Kunskapsbaserad vård och implementering
- 20 Strategi för kvalitetsutveckling
- 21 Nödvändiga åtgärder
- 22 Referenser

PRODUKTIONSFAKTA

Utgivare: **Svensk sjuksköterskeförening**

Sakkunnig i kvalitetsfrågor: **Torie Palm Ernsäter**

Layout & repro: **Losita Design AB**

Foto, framsida: **Torkel Ekqvist, Fotogruppen SöS**

Tryck: **Åtta45 2014**

ISBN: **978-91-85060-25-2**

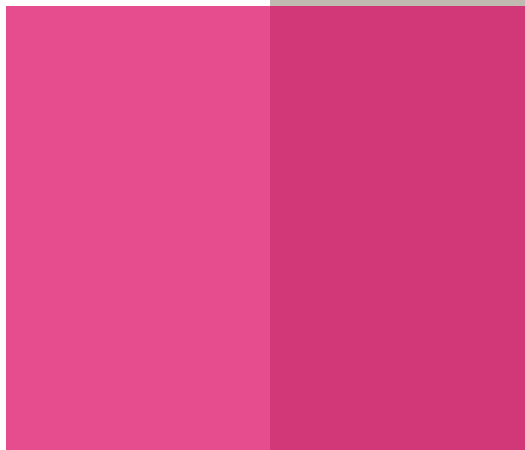
Inledning

Kvalitetsutveckling inom omvårdnad kan bara bli av om sjuksköterskor tillsammans med övriga medarbetare i vården har vilja och beredskap att arbeta för detta och om ledningen ger de förutsättningar som krävs. Det är alltså ett personligt ansvar för sjuksköterskan i teamet och för ledningen att engagera sig i kvalitetsutveckling av omvårdnad. Denna strategi riktar sig i första hand till sjuksköterskor och den kan bidra till:

- utveckling i vården
- diskussioner i professionella sammanhang
- identifiering av sjuksköterskors utbildnings- och kompetensbehov
- utvecklings- och forskningsprojekt inom kvalitetsutveckling av omvårdnad
- utformning av innehållet i sjuksköterskors grund och specialistutbildning.

Det övergripande målet för Svensk sjuksköterskeförenings arbete med kvalitetsutveckling inom omvårdnad är en vård och omsorg som är trygg, säker och av god kvalitet.

Strategin för kvalitetsutveckling inom omvårdnad omfattar följande avsnitt: det etiska ansvaret, sex kärnkompetenser, kvalitetsarbete och förbättringskunskap, ständiga förbättringar och prioriteringar, säker vård, lärande och kompetens, kunskapsbaserad vård och implementering och sist ett avsnitt om förutsättningar och mål för strategins genomförande.



Det etiska ansvaret

Omvårdnad utövas av de flesta av vårdens yrken och professioner, och det är sjuksköterskeprofessionen som har ansvar för områdets kunskapsutveckling.

Förtroendet för sjuksköterskans profession påverkas av omvårdnadens kvalitet. För att främja förtroendet hos allmänhet och beslutsfattare är det nödvändigt att alla sjuksköterskor följer och arbetar enligt sin etiska kod och värnar relationen till patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Patienter och närstående har rätt till information om vilka insatser och resultat som kan förväntas i vården. Sjuksköterskor har också ett professionellt intresse av att beskriva, följa upp och lära av resultaten av sitt patientnära arbete och därmed bidra till kvalitetsutvecklingen inom vård och omsorg.

En god omvårdnad innebär att i mötet med patienter och närstående alltid uppmärksamma och vara öppen för den ut-satthet det innebär för en person att vara beroende av vård. Respekt för personens värdighet, integritet och självbestämmande och det sårbara hos personen i vårdsituationen är betydelsefullt för att personen ska ges möjlighet att uppleva tillit, hopp och mening och ett lindrat lidande trots ohälsa.

Etiska aspekter på omvårdnaden bör diskuteras och reflekteras enskilt och i grupp. För att ständigt påminnas om värdegrunden för omvårdnad, och dess betydelse för patienterna bör etiska aspekter på omvårdnad diskuteras. Den etiska dialogen kan ske både enskilt och i grupp med hjälp av reflektionsövningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).



FOTO INGER TORPENBERG

Sex kärnkompetenser

För att tillgodose samhällets förväntningar på en god och säker vård är sjuksköterskors, liksom övrig vårdpersonals kompetens en grundläggande fråga. Professionell kompetens i form av ämneskunskaper, personliga färdigheter, värderingar och etik utgör en självklar grund (se fig. 1).

Till denna "traditionella" kompetensbeskrivning behövs det läggas de sex så kallade kärnkompetenserna som föreslagits gälla för alla professioner inom vård och omsorg. Dessa kompetenser har bedömts som speciellt betydelsefulla för att uppnå god och säker vård (IOM, 2003; QSEN 2005; Cronenwett med flera, 2007). De är också centrala för att planera, genomföra, utvärdera och inte minst för att kunna utveckla omvårdnad. Sjuksköterskor behöver utveckla sin kompetens inom de sex kompetensområdena, göra framsteg och därmed bidra till att vården utvecklas.

Lärosäten och vårdgivare i kommuner och landsting behöver prioritera stöd för sådant arbete. Samarbetsprojekt om kärnkompetenserna behöver ske mellan olika vårdprofessioner.

Personcentrerad vård. En personcentrerad vård/omvårdnad förutsätter att patienten betraktas som en person, en medmänniska och expert på sin upplevelse och vardag. Personen som är i behov av omvårdnad ska mötas som en partner och jämlike. Genom att lyssna på patientens berättelse kan personens möjligheter och resurser identifieras och grunden till ett partnerskap i vården kan läggas.

En personcentrerad omvårdnad kräver en medveten etik och en relation som baseras på ömsesidig respekt och förståelse för personens självkänsla och vilja (Ekman med flera, 2011).

Samverkan i team. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan professioner för att komplettera kompetenser, främja kontinuitet, stärka säkerheten och förbättra resultat för patienten.

Ett gott teamarbete innebär att yrkeskompetensen används mer effektivt i en meningsfull helhetssyn på patienten. Ett bra teamarbete uppnås då teamets medlemmar är prestigelösa, målet tydligt, arbetsklimatet gott med konstruktiv feedback från en stödjande ledning (Svensk sjuksköterskeförening, 2013).

Evidensbaserad vård. Syftet med evidensbaserad vård är att använda de metoder som gör störst nytta för patienterna och som är mest kostnadseffektiva. Detta baseras primärt på systematiskt insamlad och värderad kunskap som sammanställs i form av rekommendationer i till exempel kunskapsöversikter, nationella riktlinjer och vårdprogram.

För att åstadkomma evidensbaserad vård krävs ett effektivt implementeringsarbete med utgångspunkt i bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, beprövad erfarenhet och insikt i individuella patienters situation och upplevelser (Willman med flera, 2011).



FOTO TORRELL EKQVIST, FOTOGRUPPEN SÖS

Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling. Ett kontinuerligt lärandestyrt förbättringsarbete med fokus på vårdprocesser och system är nödvändigt för bättre kvalitet inom hälso- och sjukvården (se figur 2). Detta sker genom att följa upp och försöka förbättra vården i termer av struktur, processer och resultat för olika patientgrupper.

För förbättringsarbetet finns en omfattande uppsättning av metoder och arbetsmodeller. Kvalitetsindikatorer och användandet av registerdata för jämförelser och utvecklingsarbete är en nödvändig utgångspunkt för framgångsrikt kvalitetsarbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2012 a).

Säker vård. Patientsäkerhet innebär att patienten skyddas mot vårdskador. Säkerhetsarbete är nödvändigt för att lära av och förhindra individ- och systemrelaterade misstag som kan bidra till skador för patient och personal inom hälso- och sjukvården.

Patienter bör inte drabbas av undvikbara skador vid vård och behandling, det vill säga av skador som inte skulle ha uppkommit om exempelvis rätt rutiner, kunskapsbaserade metoder och tekniker använts samt om patienten vårdats med rätt kompetens.

Det är ett ledningsansvar att vården är patientsäker men det är också alla medarbetares ansvar, oavsett vårdform eller organisationsnivå (Patientsäkerhetslagen, 2010).

Informatik. Idag utvecklas och används olika tillämpningar av informations- och kommunikationssystem (IKT) som stödjer hälso- och sjukvård på olika nivåer och som är viktiga för att vården ska kunna svara mot ökade krav på patientsäkerhet, vårdkvalitet och tillgänglighet.

Nya IKT-verktyg bör underlätta arbetet och bidra till ökad kvalitet men riskerar också att generera en ökad komplexitet. Förfinad användning av journalsystem och kvalitetsregister behövs för att förbättra återkopplingen till vården om dess processer och resultat (Svensk sjuksköterskeförening, 2012 b).

Kvalitetsarbete och förbättringskunskap

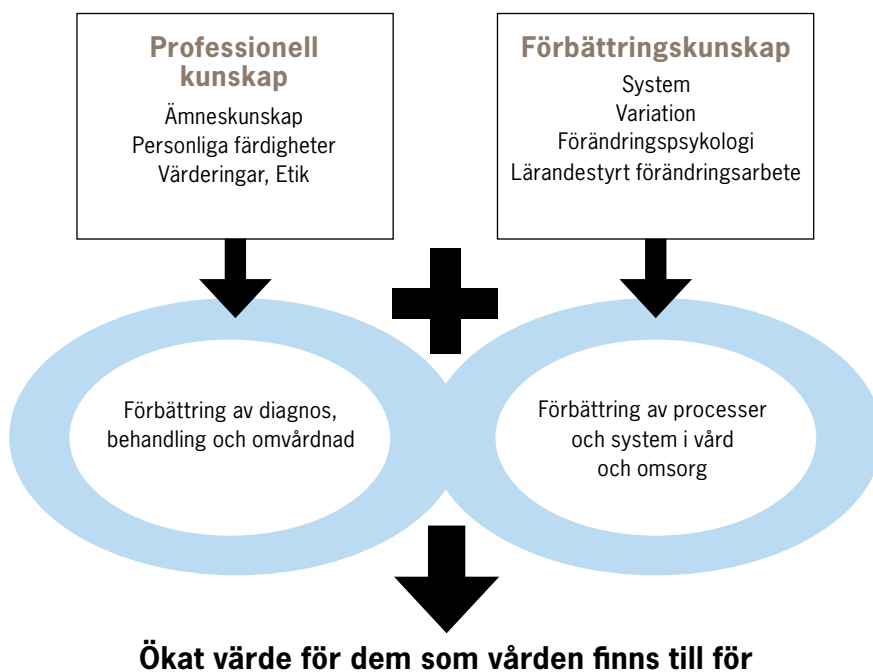
Kvalitetsarbete inom omvårdnadsområdet bör vara systematiskt, långsiktigt, personcentrerat och ske i samverkan med de som berörs. Det bör präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, kunskapsbaserade beslut och ständiga förbättringar.

Förbättringar av vård och omsorg bör i första hand ske i den dagliga verksamheten som är välkänd för de medarbetare som är berörda och som finns nära patienter och anhöriga. För

att lyckas förändra så att det verkligen blir bättre och skapar värde för patienter och närstående krävs det både professionell kunskap och förbättringskunskap (fig.1).

Batalden och Davidoff (2007) menar att för att få till stånd förbättringar måste alla medarbetare i vård och omsorg inse att man har två uppgifter i sitt arbete: dels att göra det ordinarie arbetet och dels att utveckla detta arbete inklusive de system man arbetar i.

Figur 1. Resultatet av kopplingen mellan professionell kunskap och förbättringskunskap.



Källa: Batalden P. & Stoltz P. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 19 (10), 424-447.

Ständiga förbättringar och prioriteringar

Vad som anses vara god kvalitet inom vård och omsorg ändrar sig ofta över tid. Exempelvis var strängt sängläge för patienter ofta en del av den postoperativa vården på 1950-talet men idag vet vi motsatsen; att fysisk aktivitet efter exempelvis en höftledsoperation är nödvändigt för att förebygga komplikationer som lungemboli, trycksår och förvirring.

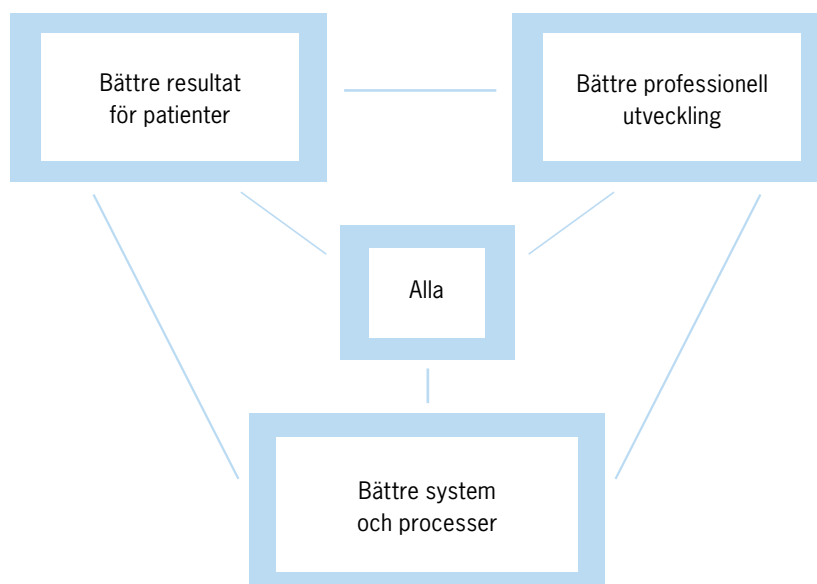
Det här förklarar också skiftet i arbetssätt, från en retrospektiv uppföljning av överenskomna målnivåer för god kvalitet, till en kontinuerlig och framåtsyftande process för kvalitetsutveckling eller förbättringsarbete. Batalden och Davidoff (2007) definierar kvalitetsförbättring som den kombinerade och oupphörliga ansträngning som alla – medarbetare, patienter

och deras närstående, forskare, finansiärer, vårdplanerare och lärare – gör och som leder till bättre resultat för patienter (hälsa), bättre system och processer (vård) och bättre professionell utveckling (lärande) (fig. 2).

En ständig strävan efter förbättringar innebär att balansera mellan olika krav och resurser. God kvalitet blir då ett dynamiskt tillstånd.

En öppen redovisning av de prioriteringar som görs behövs för att säkra kvaliteten i den patientnära vården så att vård och omsorg ges utifrån behov och till de som behöver det mest. Tillfredsställandet av fundamentala mänskliga behov kan inte anstå och bör inte bortprioriteras.

Figur 2. Kvalitetsutvecklingens fokus.



Källa: Batalden P. & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16; 2-3.

Krav på kvalitet och säkerhet i vård och omsorg

Kraven på kvalitet och säkerhet i vård och omsorg formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982), Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och Patient- säkerhetslagen (SFS 2010:659).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kan ses som ett verktyg för att uppnå kvalitet och är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska genom ledningssystemet kunna planeras, ledas, kontrolleras, följas upp, utvärderas och förbättras. Det ska ske med hjälp av lokalt utformade och dokumenterade processer och rutiner.

Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Med kvalitet avses i föreskrifterna att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Säker vård

Alla patienter har rätt till en god och säker vård och omsorg. Personer som behöver omvårdnad ska inte behöva riskera att drabbas av en vårdskada på grund av misstag som hade kunnat undvikas. Medarbetare har rätt till en arbetsmiljö där riskerna att göra misstag och utsätta patienter för onödigt lidande minimeras.

Arbetet för säker vård är en central del i vården. Misstag och incidenser sker oftast omedvetet. Arbetsituationen kan vara stressig vilket kan bidra till misstag. Det är mänskligt att göra misstag och ett effektivt säkerhetsarbete behöver därför flytta fokus från att leta syndabockar till att se vad man kan göra för att undvika att samma misstag upprepas.

Ett systemtänkande är en mer effektiv metod för att uppnå säker vård medan disciplinpåföljd för enskilda medarbetares misstag inte är det. Besträffningar kan motverka en öppen dialog om risker och vilka tillbud som inträffat. Systemtänkande innebär insikt om att vårdskador och misstag ofta orsakas av brister i rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap eller organisation. Arbetet för en säker vård behöver inriktas på att skapa goda förutsättningar för vårdarbetet samt utveckla vårdssystem som försvårar mänskliga misstag genom att bygga in säkerhetsbarriärer.

Förebyggande säkerhetskultur

Det behövs en öppen och levande säkerhetskultur som kan förebygga vårdskador genom att uppmuntra rapporter och diskussioner om avvikelser och risker i arbetet. Säkerhetstänkandet ska inte bara vara inriktat på inträffade händelser utan även vara proaktivt och förebyggande (se faktaruta Patient-säkerhetslagen).

De som arbetar i verksamheten är ofta medvetna om vilka risker som finns. När en person drabbas av en vårdskada finns ofta flera bakomliggande orsaker. I många fall hade de varit möjliga att undvika genom aktivt förebyggande arbete. Händelseanalys är en metod för att utreda händelser som medfört eller kunde ha medfört vårdskador. Syftet med händelseanalyser är att ge ledningen för verksamheten underlag för beslut om åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt Socialstyrelsens beräkningar inträffar cirka 100 000 vårdskador årligen i den svenska hälso- och sjukvården, vilket

betyder att cirka 10 procent av patienterna drabbas. Många av dessa skador kan undvikas. Förutom fysiska vårdskador är dåligt bemötande en av de vanligaste vårdskadorna som rapporteras till Patientnämnderna runt om i landet. Bristande empati och kunskap orsakar psykiskt lidande. Ett gott bemötande är avgörande för personens upplevelse av omvårdnadsinsatserna, insatser som ska respektera och ta tillvara personens egna resurser för tillfrisknande samt upplevelse av hälsa och välbefinnande. Sjuksköterskor måste våga välja patientperspektivet, lyssna till patientens röst och förändra så att patient och närstående blir verkligt delaktiga och en partner i vården.

Bristande kommunikation inom och mellan professionella yrkesgrupper anges vara en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Kommunikation är mer än att bara sända och ta emot information. Alla parter som är inblandade i kommunikationen har egna erfarenheter, referenser och tolkningar som påverkar kommunikationsprocessen. Även om man själv är helt säker på att ett budskap har levererats klart och tydligt kan man bli förvånad över att andra har missförstått.

Den centrala delen av ett bra teamarbete är effektiv kommunikation där sjuksköterskor ofta har en nyckelroll. En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till att tillbud och vårdskador har uppstått är att det på olika sätt brustit i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter.

”SBAR” är en fastställd struktur och verktyg för säker kommunikation som ger struktur åt dialogen i vården. SBAR står för: Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation. Informationsmaterial om SBAR finns på hemsidan för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Konsekvenser av vårdskador

I en rapport om skador i vården under år 2013 har SKL (2013a) granskat närmare 10 000 slutenvårdstillfällen i samtliga landsting i Sverige och vid landets 63 akutsjukhus under första halvåret år 2013. Granskningen av patientjournalerna har skett genom att journaler granskats i efterhand. Metoden mäter alla skador, oavsett om de gått att undvika eller inte. Resultatet visar att en skada drabbar patienter vid 15 procent av alla vårdtillfällen. De flesta skador är lindriga och läker snabbt, men 44 procent av

skadorna kräver förlängd vårdtid. Sammanlagt ger cirka 5 procent av skadorna bestående men eller bidrar till att patienten avlider. Den vanligaste typen av skador är vårdrelaterade infektioner (VRI). Därefter följer kirurgiska skador, blåsöverfyllnad, läkemedelsrelaterade skador och trycksår.

Årligen beräknar SKL att 1,3 miljoner extra vård dagar behövs för kroppssjukvård av vuxna på grund av skador. Kostnaden för dessa extra vård dagar beräknas till omkring 11,5 miljarder kronor. Genom ett minskat antal vårdskador skulle lidandet för patienterna minska samtidigt som stora resurser skulle kunna frigöras och användas för kvalitetsutveckling av vård och omsorg.

Säker vårdmiljö

All vårdpersonal har också rätt till en vårdmiljö där riskerna att göra misstag och utsätta patienterna för onödigt lidande starkt begränsas. En hälsofrämjande arbetsplats och en säker vård förutsätter ett väl fungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbetsmiljöarbete.

Likheterna i Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) och Patient-säkerhetslagen (SFS 2010:659) är främst inom områdena årlig uppföljning, riskbedömningar, vidta åtgärder, handlingsplaner, utreda och anmäla. SKL (2013b) förordar ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete då denna kombination bidrar till effektivitet, helhetssyn och delaktighet.

Svensk sjuksköterskeförening verkar för att göra vården säkrare genom att lyfta fram omvårdnadsforskningens betydelse för en säker vård. Detta görs genom att publicera kunskapsunderlagen *Re-Aktion* (www.swenurse.se). Syftet är att sjuksköterskor ska få tillgång till aktuell kunskap och argument för att reagera på fel och brister och agera för att patienter inte ska skadas eller dö av vård. Exempel på publicerade kunskapsunderlag är: *Re-Aktion – om att minska risken för skador på urinblåsan, – om läkemedelshandtering, – om risk för fall och fallskador, – och om patientnära analyser.*

Säker vård och kompetens

Sjuksköterskors utbildningsnivå och arbetsbelastning har en direkt koppling till risken att patienter avlider efter kirurgi visar en omfattande internationell studie (Aiken med flera, 2014).

Studiens resultat stödjer kravet på fler specialistutbildade sjuksköterskor nära patienten. I studien är man kritisk till förslag på sparåtgärder som utgår från att minska andelen legitimerade sjuksköterskor i vården. De ökade samhällskraven på vård och omsorg innebär att sjuksköterskor ska kunna identifiera risker på ett tidigt stadium, förhindra kostsamma åtgärder, förbättra livskvalitet och minska patienters lidande.

Avancerade kombinationsbehandlingar medför ökad komplikationsrisk, biverkningar och ökat behov av psykosocialt stöd. För att klara detta krävs en adekvat bemanning och med hög andel specialistutbildade sjuksköterskor.

En grundutbildad sjuksköterska ska inte ha samma ansvar och arbetsuppgifter som en specialistutbildad sjuksköterska. För att uppnå en säker vård behöver arbetsgivarna utarbeta system som tillvaratar variationer i kompetens.

Patientsäkerhetslagen

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har hälso- och sjukvårdspersonal ett eget ansvar för det man själv gör. Som anställd inom vård och omsorg ska man alltid handla utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Ibland kan även en annan person ha del i ansvaret, exempelvis genom att det finns tydliga instruktioner och rutiner på arbetsplatsen.

Patientsäkerhetslagen innebär ett tydligt ansvar för arbetsgivare att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

Vårdgivarna har också en skyldighet att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskada. Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Lärande och kompetens

Ett framgångsrikt förbättringsarbete förutsätter att medarbetarna har förutsättningar i form av tid och andra resurser, kompetens eller stöd för att kunna identifiera och prioritera problem, analysera orsaker till problem, mäta processer, variationer och resultat samt vidta relevanta åtgärder. Ledningen behöver vara involverad i förbättringsarbetet, inte minst genom att på olika sätt stödja arbetet, tillgodose behov av kompetensutveckling och avsätta resurser.

Kvalitetsregister och omvårdnadsvariabler

Det är betydelsefullt att basera förbättringsarbetet på fakta, därför behövs data från till exempel nationella kvalitetsregister och kvalitetsindikatorer. Nationella Kvalitetsregistren används för uppföljning, kvalitetsutveckling och forskning inom hälso- och sjukvården (SKL, 2010).

Kvalitetsregister kan utgöra ett väsentligt verktyg för förbättringsarbete på lokal nivå. De ger möjlighet att följa vårdprocesser och resultat över tid genom att sammanställa och analysera data från aktuellt kvalitetsregister. På nationell nivå ger registren möjlighet att identifiera vilka åtgärder och behandlingar som ger goda respektive dåliga resultat för olika patientgrupper.

Kvalitetsregistren syftar även till att utjämna skillnader avseende kvalitet och patientsäkerhet mellan olika vårdgivare och olika delar av landet. Med hjälp av registrens data kan till exempel olika behandlingsmetoder, läkemedelseffekter och patientens upplevelse jämföras och utvärderas. Likheter och skillnader mellan olika vårdgivare bidrar genom analyser till förbättringsarbeten på både verksamhets- och ledningsnivå.

Utöver jämförelser mellan enheter går det också att följa den egna vårdverksamhetens utfall i förhållande till nationella



FOTO CLAS FRÖHLING, FOTOGROUPEN SÖS

riktlinjer och evidensbaserade metoder och mål. De Nationella kvalitetsregistren saknar i stor utsträckning data för omvårdnad och rehabilitering (Svensk sjuksköterskeförening, 2012a).

För att registren ska få större genomslag i samtliga vårdprofessioners förbättringsarbete är det angeläget att utveckla och registrera variabler som speglar samtliga professioners arbete, och därmed alla aspekter av vårdbehovet hos patienten.

Generella omvårdnadsvariabler

Svensk sjuksköterskeförening har utarbetat förslag till generella omvårdnadsvariabler för kvalitetsregistren inom följande områden: vårdplan alternativt omsorgsplan, trycksår, fall, munhälsa, smärta, nutrition, ätande och undernäring, personliga aktiviteter i dagligt liv, sömnproblem, patientutbildning och stöd till närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2012a).

Flera professioners kompetens behöver samverka inom de ovan föreslagna områdena till omvårdnadsvariabler, till exempel för ätande och nutrition. Det är en medicinsk bedömning om ofrivillig vikt förlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling. Omvårdnad innefattar att identifiera risk för undernäring eller svårigheter att inta föda, vidta ätstödande åtgärder, ordinera kost när det inte föreligger behov av utredning samt genomföra och följa upp nutritionsbehandling. Andra omvårdnadsåtgärder är att informera, utbilda och stödja patienter och närstående.

Även dietister, arbetsterapeuter, tandläkare och logopedier kan bidra med sin specifika kompetens. Självklart måste även patient och närstående medverka för att deras unika kompetens ska kunna bidra till resultatet av utvecklingsarbetet.

Kvalitetsindikatorer för omvårdnad

Parallellt med utvecklingen av omvårdnadsvariabler för de Nationella kvalitetsregistren pågår utveckling av kvalitetsindikatorer för omvårdnad. En kvalitetsindikator är ett kvantitativt mått som består av definierad täljare och nämnare som kan användas för att registrera och utvärdera vårdens kvalitet. En kvalitetsindikator mäter struktur, process eller resultat.

En strukturindikator beskriver vad som behövs i vårdarbetet. Processindikatorer mäter handlingar som utförs och resultatindikatorer mäter vilka resultat som uppnåtts för patienterna (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Det behövs mått som belyser kvaliteten inom olika områden för att kunna mäta och följa upp verksamheter. Indikatorerna utgör verktyg för kvalitetsuppföljningar.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer innehåller kvalitetsindikatorer för behandling av respektive sjukdom. Dessa kvalitetsindikatorer är i hög grad fokuserade på medicinska åtgärder och behöver därför kompletteras med kvalitetsindikatorer för omvårdnad.



FOTO INGER TORPENBERG

Kunskapsbaserad vård och implementering

Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård syftar till att tillförsäkra patienten medicinsk vård och behandling samt omvårdnad enligt bästa tillgängliga kunskap och att vårdens resurser används så effektivt som möjligt. Sjuksköterskor har ansvar att tillämpa evidensbaserad omvårdnad för att garantera att patienterna får omvårdnad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Evidensbaserad omvårdnad kan beskrivas både som ett förhållningssätt och en process (Willman med flera, 2011). Förhållningssättet innebär en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. Processen innebär att formulera sökbara frågor, systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera de befintliga forskningsresultaten.

I vårdsituationer integreras det vetenskapliga underlaget med den kliniska erfarenheten. Tillämpningen av vetenskaplig evidens påverkas av tillgången på resurser, liksom av patientens önskemål och erfarenheter (a.a.). För att underlätta tillämpningen har vårdgivaren ansvar att främja tillgången till vetenskapliga artiklar i olika databaser.

Kunskap och delaktighet

Erfarenhetsbaserad kunskap är en viktig komponent i evidensbaserad vård. I det dagliga mötet med patienter och närstående i skiftande situationer växer den erfarenhetsbaserade kunskapen fram.

Sjuksköterskor bygger upp den professionella kliniska kompetensen genom att reflektera över såväl vetenskaplig som erfarenhetsbaserad kunskap och integrerar dessa båda former av kunskap i den dagliga verksamheten. Båda kunskapsformerna tillsammans med patientens egna behov och önskemål, är viktiga hörnstenar i en kunskapsbaserad omvårdnad. Detta framgår också i det internationellt använda konsensusuttalandet Sicily statement on evidence-based practice:

Evidence-Based Practice (EBP) requires that decisions about health care are based on best available, current, valid and relevant evidence. These decisions should be made by

those receiving care, informed by the tacit and explicit knowledge of those providing care, within the context of available resources (Dawes med flera, 2005).

Kunskapsbaserad vård

Vård och omsorg inklusive hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska enligt lagstiftning bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta patientens behov på bästa möjliga sätt. En kunskapsbaserad vård behöver därmed både kunskap om vad som bör göras och om hur det ska göras. Detta omfattar då såväl vårdpersonalens praktiska färdigheter som dialogen med patient och närstående.

Dialog och aktiv medverkan från patient och närstående är ofta en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna förklara och förmedla innehållet i vården och för att kunna förstå och förhålla sig till patientens förväntningar och motivation till behandlingen. Genom att kombinera evidensbaserad vård med sjuksköterskors erfarenhetsbaserade kunnande och patientens förutsättningar, önskemål och aktiva medverkan kan omvårdnadsmetoder tillämpas som bäst främjar patienters hälsa och livskvalitet, vilket också ger ett bättre resursutnyttjande då över- och underbehandling minimeras.

Implementering

Ny kunskap bidrar till att vården kan utvecklas. En förutsättning för att evidensbaserad omvårdnad ska bli etablerad är att omvårdnadsforskningens resultat används. Det kan verka självklart att forskningsresultat ska omsättas och användas, det vill säga implementeras i den dagliga vården. Ändå är det väl känt att det finns ett gap mellan tillgänglig kunskap och den kunskap som används inom dagens vårdverksamhet.

De resultat som publicerats från den så kallade LUST-studien (Longitudinell Undersökning av Sjuksköterskors Tillvaro) visar på en potential för ökad användning av forskningsresultat bland sjuksköterskor (Forsman med flera, 2010, Wallin med flera, 2012).

Det saknas evidens för många delar av sjuksköterskors

verksamhetsområden och det är inte alltid som sjuksköterskor vet vilken grad av evidens som olika vårdhandlingar vilar på.

Kliniska riktlinjer och vårdprogram är betydelsefulla redskap för en mer evidensbaserad vård. Nationella riktlinjer behandlar ofta rekommendationer avseende större vårdområden, som till exempel i de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård och för vård och omsorg vid demens.

Rekommendationer är avsedda att fungera som stöd för beslut avseende problem i den kliniska vardagen. Det är angeläget att sjuksköterskor följer rekommendationer i Nationella kliniska riktlinjer för att kunna erbjuda alla patienter vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Patienten ska oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck erbjudas en adekvat och kunskapsbaserad vård. Förutom vård på lika villkor utgör minskad variation i en rad vårdprocesser en central aspekt av kvalitet och kostnadseffektivitet inom vård - och omsorgsverksamheten.

Det finns övertygande forskning som pekar på att Nationella riktlinjer och vårdprogram inte implementerar sig själva (till

exempel Wallin, 2009). Implementeringsforskning syftar till att öka kunskapen om metoder som stödjer införandet av bästa tillgängliga kunskap och faktorer som påverkar den processen.

I en överenskommelse mellan staten och landstingen och regionerna i Sverige är parterna överens om att stödja kunskapsstyrningen i landet. Kunskapsstyrningen avser den infrastruktur som behövs för att vården ska kunna styras med kunskap, inklusive de lokala, regionala och nationella förutsättningar som finns idag, till exempel nationella riktlinjer och lokala vårdprogram. Överenskommelsen omfattar åtgärder för att påverka strukturer som är nödvändiga för att långsiktigt verka för och upprätthålla en kunskapsbaserad vård, såsom satsningar på klinisk forskning och nationella kvalitetsregister (Socialstyrelsen och SKL, 2014).

Faktorer som påverkar implementering

Implementering är en komplex process. De utmaningar man bör beakta vid införandet av innovationer och ny kunskap är: – karaktären på evidensen eller den innovation som ska implementeras, – den vårdpersonal som ska lära nytt och förändra beteendet, – strukturen och funktionen i organisationen, det vill säga den



kontext som förändringen sker i, – kommunikationsmönster och stöd för förändring inom organisationen, – patientens erfarenheter, uppfattningar och preferenser. (Greenhalgh med flera, 2004).

Dessa hinder och underlättande faktorer beror på sammanhanget och bör beaktas i planeringen av införandet av ny kunskap. Det är viktigt att integrera patientens erfarenheter och uppfattningar särskilt med tanke på att det kan finnas motsättningar mellan den vård patienten önskar och vad som anses vara bästa vård utifrån aktuell kunskap.

Ledarskapet viktigaste faktorn för att lyckas

Ledarskapet är en av de viktigaste faktorerna för att implementering ska lyckas. Chefer och ledares förmåga att skapa en kultur som är mottaglig för evidensbaserad kunskap är av avgörande betydelse.

Ledarens förmåga och vilja till att ge återkoppling och att framhålla vikten av att arbeta evidensbaserat, samt att på andra sätt föregå med gott exempel har betydelse för implementeringen. För att implementera evidens krävs att ledaren har kunskap om hur man hittar och värderar evidens samt om strategier för införandet. Många chefer i vården har inte denna kunskap vilket kan göra det svårt för dem att stödja processen.

En kultur där forskning har högt värde och där användandet av forskningsresultat värdesätts främjar implementering av en evidensbaserad praktik. Därför är det viktigt att ledare i vården har en evidensbaserad praktik i fokus och skapar en kultur där idéer, utbildningar, konferenser och annat som stödjer denna strävan värderas högt. Hinder för implementering av evidensbaserad vård finns ofta i organisationer där det råder tidsbrist, resursbrist och brist på utbildningstillfällen. Chefer och ledare som ständigt möter utmaningar i form av nedskärningar och omorganisationer kan också få svårt att skapa de förutsättningar som en framgångsrik implementeringsprocess kräver.

Ett starkt och tydligt ledarskap leder inte ensamt till förändring. En stödjande organisation och en gynnsam kultur påverkar också processen. Implementering tar tid, ofta flera år från det att en ny metod börjat införas till dess att den blir en del av den dagliga rutinen. Det krävs ett systematiskt arbete för att lyckas med implementering. Aktiviteter som har visat

sig ge positiv effekt vid implementering av evidens är lokala opinionsledare, undervisningsmöten, datoriserade påminnelssystem samt uppföljning och återkoppling. Ett systematiskt införande av ny kunskap underlättas av att införandet baseras på en teoretisk modell (Seers med flera, 2012).

Det finns flera olika förklaringsmodeller och teorier om implementering. Ett exempel på ett ramverk för implementering är den så kallade PARIHS-modellen (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) (Kitson med flera, 2008). Ett annat exempel är KTA-modellen (the Knowledge to Action Cycle) (Graham med flera, 2006) som beskriver ett cykliskt förlopp mellan kunskapsproduktion och tillämpning. Båda modellerna har en flexibel struktur som kan fungera i komplex vårdverksamhet och modellerna knyter samman ny forskningsbaserad kunskap med vårdpersonals och patienters erfarenheter och det sammanhang som kunskapen ska användas i.

PARIHS-modellen

En grupp brittiska sjuksköterskor inledde under 1990-talet utvecklingen av den så kallade PARIHS-modellen (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) (Kitson med flera, 1998; Kitson med flera, 2008; Rycroft-Malone med flera, 2002). Baserad på forskning om innovationsspridning, implementering och kvalitetsutveckling syftar modellen till att ge ökad insikt i den komplexitet som är förknippad med implementering.

PARIHS –modellen kan användas som ett praktiskt verktyg för att vägleda implementering, men också för att på analytisk väg förstå viktiga faktorer och deras koppling till varandra i implementeringen av forskningsresultat. Modellen beskriver ett antal element som behöver uppmärksammas före, under och efter implementering.

De tre viktigaste faktorerna vid implementering är enligt PARIHS-modellen:

Evidens som ges en bred definition och föreslås innefatta forskning, klinisk erfarenhet, patientens erfarenhet och lokala data/information. Med det sistnämnda avses till exempel data från journaluppföljningar eller patientenkäter. Modellens breda beskrivning av evidensbegreppet understryker behovet av en inter-

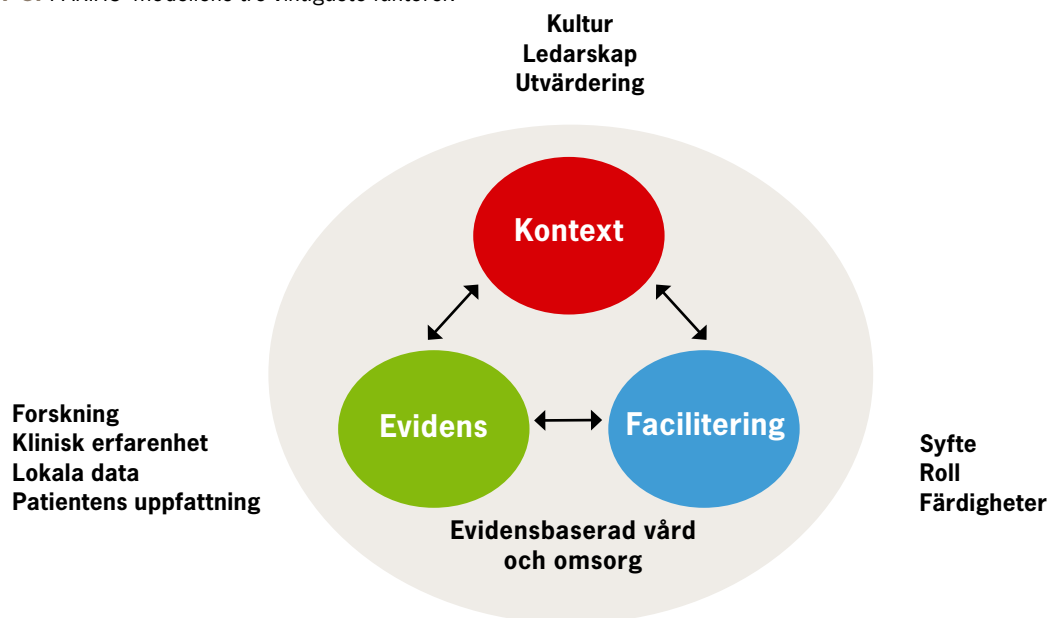
aktion mellan kunskap grundat på forskning och kunskap grundat på erfarenhet för att skapa så gynnsamma förutsättningar som möjligt för implementering (Rycroft-Malone med flera, 2004).

Kontext som beskriver organisationens förutsättningar för framgångsrik implementering i form av dess kultur, ledarskap och utvärderingsmekanismer. Modellens beskrivning av kultur och ledarskap knyter an till hur en lärande organisation beskrivs. En sådan präglas av hög förändringsbenägenhet, bland annat genom ett decentraliserat beslutsfattande, bra relationer mellan chef och anställda, samt ett stödjande och inspirerande ledarskap. Utvärderingskomponenten fokuserar på att man använder sig av olika metoder för att utvärdera och återkoppla vårdpro-

cesser och resultat på såväl individ-, grupp-, som enhetsnivå (McCormack med flera, 2002).

Facilitering är det "smörjmedel" i organisationen som underlättar implementering av forskningsresultat. Enligt PARIHS sker detta genom en individ som innehar en speciell roll, en underlätare med kunskaper och färdigheter i att stödja individer och grupper att omsätta evidens i praktiken. Underlätarens roll är att göra evidensen begripliga och tillämpbara och stödja genomförandet av en effektiv förändringsprocess. Rollen kan utövas på många sätt, från att assistera med praktiska uppgifter i ett specifikt förändringsarbete till att fungera mer som ett långtgående stöd för utveckling och förnyelse (Harvey med flera, 2002).

Figur 3: PARIHS- modellens tre viktigaste faktorer.



Källa: Harvey m.fl. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 577–588.

KTA-modellen

En annan allt mer använd modell för implementering är The Knowledge to Action Cycle (KTA) (figur 4), utvecklad av den medicinska sociologen Ian Graham och en tvärprofessionell grupp där omvårdnadsforskare ingick (Graham med flera, 2006). Modellen bygger på studier inom ett teorifält som benämns "theory of planned action" och ger ett systemperspektiv på hur man tar fram kunskapsunderlag, anpassar det till rådande kliniska förutsättningar och sedan inför det i verksamheten under planerade former. Precis som för PARIHS-modellen har många hänvisat till KTA-modellen i implementeringsstudier, men inte heller KTA har utvärderats i prospektiva studier.

KTA-modellen har två huvudbeståndsdelar. Inledningsvis utgår man från en frågeställning om vad som utgör adekvat vård och genom en syntes av det tillgängliga kunskapsunderlaget (forskningsrapporter och klinisk erfarenhet) utvecklar man ett kunskapsbaserat verktyg (riktlinjer, beslutsstöd, etcetera).

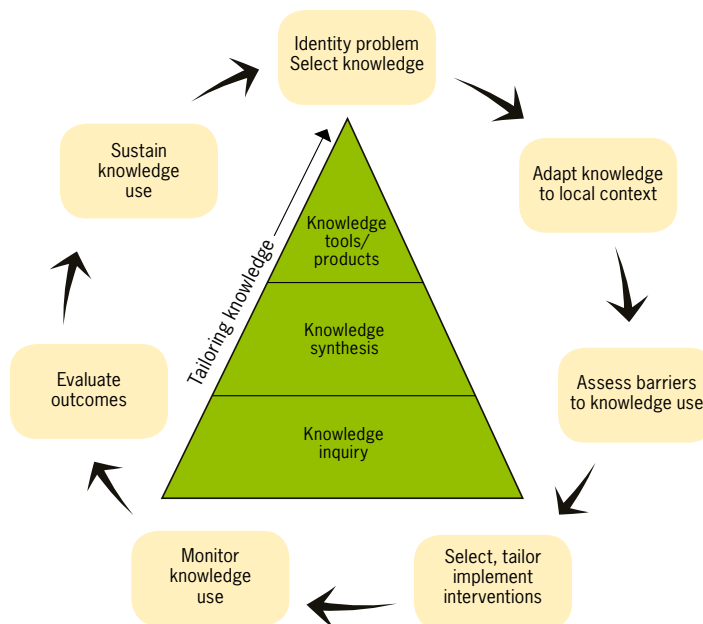
Från ett brett kunskapsunderlag filtreras klinisk användbar kunskap fram. Denna kunskap omsätts sedan i ett cykliskt förändringsarbete som i många avseenden påminner om PGSA-hjulet (Planera–Göra–Studera–Agera) (se fig. 5).

KTA-modellen rymmer följande steg:

- identifiera det kliniska problemet och välj den relevanta kunskapen
- anpassa denna kunskap till den lokala kontexten
- identifiera hinder för att omsätta kunskapen i den kliniska verksamheten
- välj, anpassa och genomför lämpliga åtgärder för att föra in den nya kunskapen
- följ hur den nya kunskapen tillämpas
- utvärdera vad det blir för resultat och
- upprätthåll användandet av den nya kunskapen.

Liksom PARIHS-modellen är KTA-modellen en dynamisk och flexibel modell. Den kan därmed passa att användas i den komplexa verksamhet som vården utgör.

Det cykliska förloppet är ett ideal, verkligheten i ett förändringsarbete är ofta inte så strukturerad och man kanske inte alltid kan eller behöver genomföra alla faser av processen (Graham & Tetroe, 2010).



Figur 4. KTA, The Knowledge to Action Cycle.

Källa: Graham med flera (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24.

PGSA-hjulet

Verktøget PDSA (plan, do, study, act), eller i översättning PGSA-hjulet (fig. 5) används ofta vid kvalitets- och förbättringsarbete i vården. Verktøget är en cykel som fungerar iterativt, det vill säga om och om igen.

I första fasen, *Planera*, har ett problem/behov identifierats i verksamheten och här avgörs vilken förändring som ska prövas för att en förbättring ska ske.

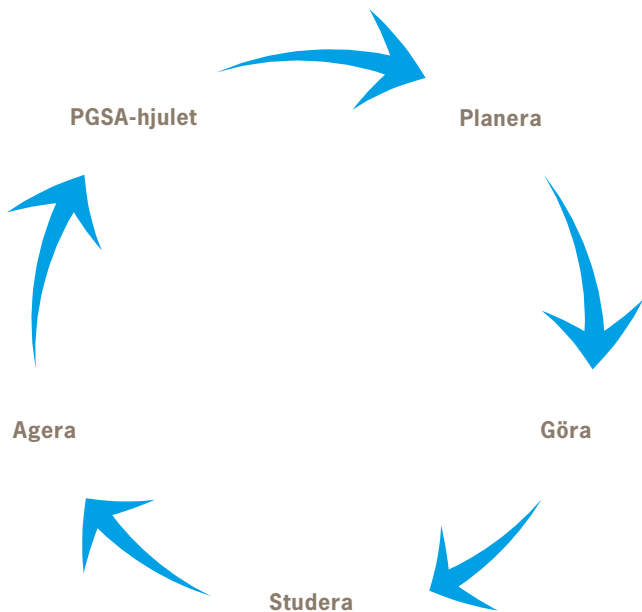
I andra fasen, *Göra*, prövas förändringen i liten skala.

I tredje fasen, *Studera*, studeras genomförandet och effekterna av förändringen.

I fjärde fasen, *Agera*, bestäms om det behöver ske andra förändringar eller ytterligare prövningar med ett varv till i hjulet för att vara säkra på att förändringen blir en förbättring, och om så sker införlivas/genomförs/implementeras förändringen i större omfattning.

Figur 5: PGSA-hjulet

Källa: Deming E. & Batalden P. (1993) *The new Economics for Industry, Government & Education*. Cambridge: MIT Press.



Strategi för kvalitetsutveckling

För att behålla, men också utveckla och förbättra, säkerhet och omvårdnadens kvalitet behöver insatser göras, dels av sjuksköterskorna själva men också tillsammans med studenter, akademi, övriga professioner och medarbetare samt med verksamhetsansvariga inom vård och omsorg. Chefer/ledare på alla nivåer behöver engagera sig i kvalitetsutveckling inom omvårdnad och ta större ansvar för att det finns tillräckligt antal specialistutbildade sjuksköterskor liksom en kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för alla medarbetare.

Omvårdnadskompetens hos chefer/ledare behövs för att

kunna identifiera behov av kvalitetsutveckling och förbättringsarbete inom omvårdnad och för att leda denna utveckling. De resultat som chefer/ledare efterfrågar bör avse både kvalitet och ekonomi, det vill säga förbättrade resultat för patienters hälsa, förbättrat innehåll i vård och omsorg liksom allas ökade kännedom om och förståelse för dessa resultat.

Åtgärderna för en systematisk kvalitetsutveckling inom omvårdnad har beskrivits i denna strategi och med rätt förutsättningar kan dessa minska gapet mellan hur vi önskar att det skulle vara och hur det faktiskt är.



FOTO CLAS FRÖHLING, FOTOGRUPPEN SÖS

Nödvändiga åtgärder

Kvalitetsutveckling i vården kan beskrivas dels från ett makroperspektiv, dels från ett meso- och mikroperspektiv. Mikronivån anger den lägsta nivån. I ett mikrosystem i vården möts patienten, närstående och vårdteamet och här skapas tillsammans det verkliga värdet i vården. De patientnära mikrosystemen utgör oftast en del av vårdens större meso- och makrosystem på enhets-, landstings eller nationell nivå.

Nödvändiga åtgärder för kvalitetsutveckling inom omvårdnad kan sammanfattas för de tre olika nivåerna.

Nödvändiga åtgärder på mikronivå:

- Ökad omvårdnadskompetens måste säkras i teamet för att vårdskador ska undvikas och patienter ska få rätt omhändertagande, snabbare diagnoser och minskade vårdköer.
- Sjuksköterskor måste, tillsammans med all övrig personal, arbeta förebyggande för att patienter inte ska riskera att drabbas av en vårdskada på grund av misstag som hade kunnat undvikas.

Nödvändiga åtgärder på mesonivå:

- Sjuksköterskors tillgång till databaser för vetenskaplig litteratur behöver underlättas och säkras.
- Sjuksköterskor behöver öka den kliniska användningen av forskningsresultat och bli mer förtrogna med principerna för evidensbaserad vård.
- Sjuksköterskor bör prioritera omvårdnadsåtgärder med

starkt evidensunderlag och implementera dessa i klinisk verksamhet.

- Sjuksköterskor bör använda riktlinjer och vårdprogram för att arbeta kunskapsbaserat.
- Sjuksköterskor bör ges nödvändig kompetensutveckling för att kunna medverka i kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete (Socialstyrelsen 2012).

Nödvändiga åtgärder på makronivå:

- Sjuksköterskor bör öka sin medvetenhet om den kunskapsbas omvårdnaden bygger på, för att stärka vårdens kvalitet.
- Sjuksköterskor behöver delta i utvecklingsarbetet av kvalitetsindikatorer i omvårdnad.
- Kunskapsläget inom olika delar av omvårdnad behöver kartläggas och systematiska litteraturöversikter utarbetas inom centrala omvårdnadsområden.
- Fler omvårdnadsområden behöver omfattas av nationella riktlinjer och vårdprogram där evidensgrad och styrka i rekommendationerna framgår.
- Nationella kvalitetsregister ska innehålla omvårdnadsvariabler.
- Sjuksköterskor behöver utveckla omvårdnadsvariabler för de Nationella kvalitetsregistren.
- Forskning inriktad på metoder för att stödja implementering och faktorer som påverkar den typen av förändringsprocess behöver intensifieras.

Referenser

- Aiken L., Sloane D., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidous M., Kinnunen J., Kózka M., Lesaffre E., McHugh M., Moreno-Casbas M., Rafferty AM., Schwendimann R., Scott A., Tishelman C., van Achterberg T., Sermeus W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Batalden P., Davidoff F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2-3.
- Batalden P., Stoltz P. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 19(10), 424-447.
- Cronenwett L., Sherwood G., Barnsteiner J., Disch J., Johnson J., Mitchell P., Sullivan D., Warren J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.
- Dawes med flera (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education* 5:1.
- Deming E. & Batalden P. (1993) *Economics for Industry, Government & Education*. Cambridge: MIT Press.
- Ekman, I. (red) (2014) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Forsman H., Rudman A., Gustavsson P., Ehrenberg A., Wallin L. (2010). Use of research by nurses during their first two years after graduating – a prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 878-890.
- Graham med flera (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Graham ID & Tetroe J. (2010). The knowledge to action framework. I: Rycroft-Malone J. & Bucknall T. (red.), *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action*, s. 207-222. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. & Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. [see comment]. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Harvey G., Loftus-Hills A., Rycroft-Malone J., Titchen A., Kitson A., McCormack B. & Seers K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 577-588.
- IOM, Institute of Medicine of the National Academies, (2003). <http://www.iom.edu> (hämtad 2014-06-16)
- Kitson, A., Harvey, G. & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149-158.
- Kitson A., Rycroft-Malone J., Harvey G., McCormack B., Seers K. & Titchen A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3:1.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104.
- Nilsen med flera (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk. I: Nilsen, P. (red.). *Implementering – Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*, s. 71-90. Lund: Studentlitteratur.
- QSEN, Quality and Safety Education for Nurses. (2005). <http://www.qsen.org> (hämtad 2014-06-16)
- Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A. & Estabrooks C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
- Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 81-90.

- Seers K., Cox K., Crichton NJ., Edwards RT., Eldh AC., Estabrooks CA., Harvey G., Hawkes C., Kitson A., Linck P., McCarthy G., McCormack B., Mockford C., Rycroft-Malone J., Titchen A. & Wallin L. (2012). FIRE (Facilitating Implementation of Research Evidence): A study protocol. *Implementation Science*, 7, 25.
- SFS 1977:1160 Arbetsmiljölagen http://www.expowera.se/mentor/miljo/miljo_arbetsmiljo_arbetsmiljolagen1.htm (hämtad 2014-06-16)
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm> (hämtad 2014-06-16)
- SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19930387.htm> (hämtad 2014-06-16)
- SFS 2001:453 Socialtjänstlagen <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010453.htm> (hämtad 2014-06-16)
- SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/10/100659.PDF> (hämtad 2014-06-16)
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2010). *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011–2015*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL, Sveriges Kommuner och landsting (2013a) *Skador i vården – skadeöversikt och kostnad*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2013b) *Patient-säkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patient-säkerhet och god arbetsmiljö*. (2013) Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. (2014) *Överenskommelse om kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården 2014*. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/overenskommelser/kunskapsstyrning-och-vissa-utvecklingsomraden-inom-halso-och-sjukvarden (hämtad 2014-06-16)
- Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2012 a) *Utveckla och ensa kvalitetsvariabler inom omvårdnadsområden*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening (2012 b) *Strategi för sjuksköterskors arbete med eHälsa*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening (2014) *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2013). *Teamarbete & förbättringskunskap: Två kärnkompetenser för god och säker vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet.
- Svensk sjuksköterskeförening, Idvall, E. (red.) (2013) *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag.
- Wallin, L. (2009). Knowledge translation and implementation research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 576–587.
- Wallin med flera (2012). A modest start, but a steady rise in research use: A longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implementation Science*, 7, 19.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011) *Evidensbaserad Omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk praktik*. Tredje utgåvan. Lund: Studentlitteratur.

STRATEGI

för kvalitetsutveckling
inom omvårdnad



Svensk sjuksköterskeförening

Baldersgatan 1
114 27 Stockholm
Tel 08-412 24 00
www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionella organisation. Vi företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning, utveckling, utbildning samt kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. Alla legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande kan bli medlemmar. www.swenurse.se