

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|--|--|
| 1. Övergripande kvalitets-engagemang | <p>Engagemanget är lågt för att kvaliteten i vården är nödvändigt och viktigt. Den inställningen märks i hela organisationen. Våldigt lite tid och resurser används för mätning och förbättring av kvaliteten. Om någon kartläggning görs tillmäts den ringa betydelse och det blir ingen respons på det som hittas.</p> <p>Existerande policy och riktlinjer finns för att tillfredsställa lagstiftning och varken används, uppdateras eller revideras. Beteendet att göra som man vill ignoreras eller tolereras liksom dålig vårdkvalitet.</p> | <p>Kvalitetsriktlinjer görs som svar på specifika direktiv eller hotande inspektioner. Det saknas äkta motivation och entusiasm för kvalitetsarbete. Det som görs är ad hoc (för ett särskilt ändamål), ytligt och för att det ska se bra ut. Analyser görs bara efter speciella incidenter och nationella direktiv. De speglar inte lokala behov. Små insatser görs för att åtgärda analysfynden. Ett minimum av policy-dokument och riktlinjer finns. Dessa tenderar att vara inaktuella och oanvända såvida inte en incident inträffar som framtvingar en revidering. Framtagande av nya riktlinjer görs bara som svar på incidenter och klagomål.</p> | <p>Det är en defensiv attityd gentemot kvalitets-agendan. Ledning och chefer motiveras i kvalitetsarbetet av utifrån kommande krav och möjlighet till ekonomiskt tillskott om man uppfattas som kvalitets-medveten. Personalen på golvet är inte med i processen och ser den som en ledningsgrej. Mycket mätningar förekommer. Det saknas övergripande strategi som kopplar åtgärderna till organisatoriska och lokala behov. Fynd används bara om man upptäckt en incident. Personalen överöses med reviderade och uppdaterade policy-dokument och riktlinjer som sällan är förankrade i verksamheten. Patienterna kan vara med i kvalitetsarbetet men mest för syns skull än med äkta engagemang.</p> | <p>Det är en äkta önskan och entusiasm i hela organisationen att ge högkvalitativ vård. Man har en hög servicegrad. Ledning och chefer anser att kvalitet är allas ansvar. Hela organisationen plus patienter och invånare involveras i kvalitetsarbetet. Organisationen strävar efter att vara framstående och utmärkt. Den jämför sina resultat med andras. Klinikerna är med i kvalitetsarbetet och äger frågan. Resultaten används och leder till förbättringar. Policy och rutiner utvecklas och revideras av personalen. Detta är basen för åtgärder i vården. Patienter och allmänhet är med i verksamhetens beslutsfattande för att stimulera och uppmuntra patientcentrerad vård.</p> | <p>En kvalitetskultur är inbäddad i verksamheten och integrerad i allt beslutsfattande på samtliga nivåer. Organisationen är ledande i kvalitetsarbetet ständigt värderande och jämförande sitt utförande med andra verksamheter både inom och utanför vården. De små enheterna inom organisationen designar och utför egna kvalitetsmätningar vilka är resultatfokuserade i samarbete med patienter och allmänhet. I denna förutseende verksamhet är personalen vaksam och alert på potentiella patient-säkerhetsrisker. Över tiden gör detta att policy-dokument och rutiner blir mindre nödvändiga eftersom patient-säkerhetsaspekten hela tiden finns i allas medvetande. Patienterna är rutinmässigt med i kvalitetsarbetet på ett meningsfullt sätt med ständigt pågående bidrag och feedback.</p> |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|--|---|--|---|--|--|
| 2. Prioritering av patient-säkerhet | <p>Patientsäkerhet är lågt prioriterat. De få patient-säkerhetssystem som finns, t.ex. strategier och kommittéer, är nödlösningar och inget av värde levereras. Organisationen "chansar" och tror att risker är värda att ta. Inträffar en patient-skada används försäkrings-system och patienten kan köpas ut.</p> | <p>Patienten får högsta prioritet när en incident inträffat men annars behandlas patientsäkerhet endast med vänsterhanden för att tillfredsställa lagkrav. Det är svårt att hitta bevis för införande av patient-säkerhetsstrategier. Säkerhet diskuteras endast om någon specifik incident inträffat av högsta ledningen och chefer. De mätningar som görs är endast i självförsvarssyfte och inte för att skydda patienten. Risker tas för att hålla kostnaderna nere.</p> | <p>Patientsäkerheten är ganska högt prioriterad och det finns flera system, även med patientperspektivet, för att skydda patienten. De är dock inte välkända i hela organisationen och revideras sällan. De tenderar att sakna flexibiliteten att svara på oförutsedda händelser samt misslyckas att fånga komplexiteten kring en incident. Ansvar för driften av systemen vilar på en enda eller få personer som inte är, eller dåligt, kända i hela verksamheten. Det är en dömande kultur.</p> | <p>Patientsäkerhet genomsyrar hela organisationen och personalen är aktivt involverade i alla säkerhetsfrågor och processer. Patient och allmänhet deltar i utvecklande av patient-säkerhetssystem och deras uppdatering. Mätningar görs för att öka patient-säkerheten inte för att skydda verksamheten. Riskpatienter identifieras och åtgärder görs för att skydda dem. Ansvarsfördelningen är tydlig och klar genom hela organisationen. Det finns en tydlig ledare för säkerhetsarbetet i organisationen. Patientsäkerhetsarbete har en nyckelroll i allt ledningsarbete. Incidenter rapporteras in nationellt.</p> | <p>Patientsäkerhetsarbete är integrerat i organisationens hela arbete liksom i personalens agerande. Säkerhetsfrågorna är inbäddade i all aktivitet. Ansvar för säkerhet uppfattas som en del i allas roller och syns i anställningskontrakt. Personalen arbetar konstant med att bedöma patient-risker och tittar efter möjliga förbättringar. Patient-säkerheten har högsta prioritet på alla nivåer i hela organisationen. Att patienter och allmänhet deltar i utvecklingen av säkerhetsarbetet och dess revidering är sedan länge väletablerat.</p> |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|---|--|---|---|---|--|
| 3. Förmåga att uppfatta incidenter och att identifiera dessa | <p>Incidenter ses som otur och utanför organisationens kontroll. De orsakas av att någon anställd gör fel eller patientens beteende. Rapportsystem finns men endast för vissa ändamål. Verksamheten fungerar lyckligt ovetande om patientsäkerhet såvida inte en mycket allvarlig incident inträffar eller påträngande klagomål inkommer via brev eller press. Incidenter och klagomål sopas under mattan om det är möjligt. Det är en starkt dömande kultur där enskilda individer straffas med disciplinär åtföljd och skuldbeläggs.</p> | <p>Organisationen ser sig själv som ett offer för omständigheterna. Individer ses som orsaken och lösningen är ny träning och straffande agerande. Det finns embryo till rapportsystem men personalen uppmuntras inte att rapportera incidenter. Minimal mängd data kring incidenter samlas in men analyseras inte. Det är en skuldbeläggande kultur så personalen är motvillig till att rapportera incidenter. Inträffar en incident görs inget försök att stödja de inblandade inkluderande patienterna och deras anhöriga.</p> | <p>Det finns en insikt, erkännande, att "system" kan bidra till incidenter och inte bara är enskilda individers fel. Verksamheten säger att den har en öppen och rättvis kultur men personalen uppfattar det inte så. Ett centralt anonymt rapportsystem finns med stor betoning på att formuläret ifylls rätt och fullständigt. Försök görs att uppmuntra personal, patienter och anhöriga att rapportera incidenter, även de som inte leder till skada, men personalen känner sig inte trygga i att rapportera det sistnämnda. Organisationen överväger andra källor till säkerhet vid sidan om incidentrapportering som t.ex. klagomål och audits.</p> | <p>Det är accepterat att incidenter är en kombination av individuella misstag och "systemfel". Rapportering av patientsäkerhetsincidenter både lokalt och nationellt uppmuntras och ses som ett lärande. Användarvänligt, tillgängligt, elektroniskt rapporteringsstöd finns som möjliggör att man lätt kan upptäcka och undersöka trender. Personalen är trygg i att rapportera patientsäkerhets-incidenter. Personal, patienter och anhöriga involveras och ges stöd från rapporteringsmomentet genom hela den öppna analysprocessen. Verksamheten har en öppen, rättvis och samarbetande kultur.</p> | <p>Organisatoriska misstag noteras men personalen är också medveten om sitt eget professionella ansvar i relation till misstag. Det är en självklarhet för personalen att rapportera incidenter för de har tilltro till undersökningsprocessen och förstår värdet av att rapportera både lokalt och nationellt. Integrerade system möjliggör att patientsäkerhetsincidenter, (inkluderande de som förebyggdes och/eller inte ledde till skada), klagomål och rättegångsfall analyseras tillsammans. Personal, patienter och anhöriga deltar aktivt i arbetet och stöds genom hela processen från incident till analys och slutsats. Organisationen har en hög nivå på sin öppenhet och tillit.</p> |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|---|---|--|--|--|--|
| 4. Undersökning/utredning av patientsäkerhetsrisker (inkluderar incidenter som förebyggts eller inte ledde till någon skada) | Incidenter blir ytligt undersökta av en mindre erfaren chef med syftet att avsluta ärendet och gömma liket i garderoben. Information från undersökningar är lagrade men litet görs åt fynden förutom disciplinära påföljder ("offentliga avrättningar") och försök att styra media. | Undersökningar inleds med syfte att begränsa skadorna för organisationen och fördela den enskilda skulden. Utredningen är flyktig och fokuserar på speciell händelse och hur den enskilde individen agerat. Snabba och enkla lösningar föreslås på den specifika händelsen men verkställs inte när väl den värsta stormen lagt sig | Erfarna chefer är inbegripna i utredningarna som är smala och fokuserar på både individen och vårdkedjan runt händelsen. Det finns en detaljerad procedur kring händelseanalysen som innebär slutlig analys ur flera synvinklar. Undersökningen görs mest för sin egen skull snarare än för att få fram systemfel som kan åtgärdas. Det finns en oro för att överklaga eller ändra spridningen av förfaranden. Tonvikten läggs på att blidka patienten/vårdaren på ett rutinmässigt sätt snarare än att informera dem, vara öppen och stödjande. | Händelseanalys görs för att nå ett eget oberoende perspektiv. Personalen involverade i händelsen är med i analysen av den. Analysen görs med etablerade och robusta metoder som händelseanalysteknik och kritisk händelse audit för att identifiera bidragande faktorer och systemproblem som leder till incidenter. Målet är att lära sig av händelsen och delge fynden till så många andra som möjligt. Fynden vid under-sökningen används för att se trender, identifiera nyckelhändelser och "farliga områden" samt undersöka behov av träning och utbildning. Det är en framåt-strävande och öppen verksamhet. Patienterna involveras i analys-processen och deras uppfattning, erfarenhet och rekommendationer värdesätts. | Organisationen genomför oberoende utredningar med kända metoder. Personal och patienter deltar och utredningarna ses som en möjlighet att lära sig mera samt fokuserar på förbättring snarare än att döma. Patienternas uppfattning och rekommendationer tas med i analyserna. Analysprocessen blir systematiskt reviderad av all personal. Färre allvarliga händelser inträffar då man lärt sig av tidigare misstag. Det är en lärande organisation vilket bevisas av engagemanget att lära av händelseanalyserna på alla nivåer. |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|---|---|--|--|---|--|
| 5. Organisationens lärande efter en incident | Det är ingen lärande organisation eftersom inga försök görs att få kunskap från incidenter såvida inte yttre krafter, t.ex., socialstyrelsen kräver det. Målet efter en incident är att släta över bristerna och skydda sig själv. Man har lyckats om media inte får nys om saken. Incidenter leder inte till några förändringar utom de riktade direkt till de inblandade individerna. | Lite, om något, lärande sker. Det som händer är helt beroende av mängden störningar högre tjänstemän upplevt. Allt lärande är specifikt relaterad till den särskilda incidenten. De ändringar som blir i efterdyningarna av en händelse är inte hållbara. Eftersom de är reflexmässiga reaktioner på upplevda individuella misstag och utformas och genomförs av högre chef. En följd av detta blir att liknande incidenter tenderar att upprepas. | Det finns system i verksamheten som aktiverar lärande i organisationen och som kan inrymma patientperspektivet. Lärdomarna sprids dock inte ut i hela verksamheten. Erfarenheterna resulterar i lokala förändringar direkt relaterade till den specifika händelsen. Nämnder och chefer beslutar om de förändringar som måste införas. Denna brist på engagemang från personalen leder till att förändringarna inte medför någon förändring i arbetssättet. | Verksamheten har en lärande kultur och det finns system så att kunskap delges andra. Det finns reflektion kring händelser och man tar del av patientens upplevelser och gör audit kring patient-säkerhet. De ändringar som görs riktar sig mot underliggande orsaker. Personalen deltar aktivt i besluten om vilka förändringar som är nödvändiga och det är ett äkta engagemang genom hela verksamheten att förändra varför de blir hållbara. Organisationen söker kunskap och är angelägen om att lära sig av andras erfarenheter. Det man lär sig av incidenter används i den framtida planeringen. Det är en öppen och självsäker organisation. Ledningen stödjer aktivt djupgående händelseanalys och audits om patientsäkerhet. | Organisationen lär sig från interna och externa incidenter samt engagerar sig i att dela med sig av erfarenheterna både inom och utom sin verksamhet. Patientsäkerhetsincidenter diskuteras i öppna forum där personalen känner att de kan bidra. Incidenter ses som en kunskapskälla. Incidenter förekommer men lär man sig av dem så minskar man risken för nya. Organisationens lärande i sig utvärderas. Förbättring i det kliniska arbetet sker utan att triggas av en incident eftersom kulturen är av typen ständiga förbättringar. Patienterna har en nyckelroll i lärande och att bidra med efterföljande förändringar. |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| 6. Hur kommuniceras säkerhetsaspekter | Dålig kommunikation inom organisationen och det som sägs om patientsäkerhet kommer från högsta ledningen ned i verksamheten utan någon chans för personalen att tala med sina chefer om risker. Incidenter håller man för sig själv och de talas inte om. Det är en stängd organisation. Den eventuella kommunikation som finns är negativ och skuldbeläggande. Patienterna får bara reda på något om organisationen är tvingad att berätta p.g.a. lagbestämmelser. | Kommunikation "uppåt" i organisationen är bara möjlig när något gått fel. Diskussioner förs bara för specifika ändamål och endast med de inblandade personerna. Kommunikation är styrande där styrelse och högre chefer utfärdar instruktioner. Det är en "utskällande" organisation. Patienterna får den information verksamheten tycker är nödvändig och det är en envägskommunikation. | Det finns en kommunikationsstrategi i organisationen men den är inte uttryckligen kopplad till patientsäkerhet. Policies och rutiner för patientsäkerhet finns och incidentrapportering sker och materialet sparas. Det finns formel kommunikation mellan olika verksamheter och det finns mycket skriven information tillgänglig. Patientkommentarer samlas in och dokumenteras men utnyttjas inte effektivt. Det leder till överbelastning så egentligen görs ganska lite av informationen som noteras av personalen och rapporteras till cheferna. Det finns ett riskkommunikationssystem men det är egentligen ingen som kontrollerar om det fungerar. Information till patienterna drivs av rädsla för rättstvister. | Generellt är både kommunikationssystem och dokumentation fullt granskade. God kommunikation inom verksamheten som underlättar meningsfulla jämförelser avseende potentiella riskområden. Personal på alla nivåer är involverade i arbetet. Det finns stabila system för att ge återkoppling till organisationen. Information kring säkerhetsaspekter delas. Det är regelbundna möten om riskhantering där personalen uppmuntras styra agendan. Effektiv kommunikation kring säkerhetsfrågor förs med patienter och allmänhet. | Kommunikationen kring säkerhetsfrågor är jämställd. Styrelse och högre chefer har öppen attityd och förstår att de kan lära sig mycket av personalen. De förväntar sig att var och en vet att lära sig av varandras erfarenheter; och så sker verkligen! Det är en väl genomlyst och "transparent" organisation där patienterna deltar i utarbetandet av policydokument och riktlinjer. Innovativa idéer uppmuntras. Elektroniska kommunikationssystem är väl inarbetade och "golden standard" i verksamheten. Det är en "berömdande" organisation. |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|---|--|---|--|--|--|
| 7. Personalpolitik och säkerhetsaspekter | <p>Personal ses som kroppar på en befattning. Det förekommer att ledningen har någon riskagenda på dagordningen. Patientsäkerhetspolicyn är rudimentär. Det finns inga utvecklingsprogram för personalen och inga kopplingar till företagshälsovård. Rekryteringsförfarande och rutiner vid anställning av personal finns knappt. Personalen känner att de inte har något stöd och ser personalförvaltningen som "dom" inte "vi". Personalchefer intar en straffande attityd vid incidenter. Språkbruket är negativt</p> | <p>Befattningsbeskrivningar och bemanning ändras endast vid problem så det finns bra anställningspolicy och sätt att behålla personal inom områden där organisationen varit sårbar tidigare. Endast väldigt basal patientsäkerhetspolicy finns. Den är rigid och utvecklas bara som svar på risk- och säkerhetsproblem som redan har inträffat.</p> | <p>Rekryteringspolicy och metoder att behålla personalen finns men har inget samband med patientsäkerhetsarbetet. Det är mycket administration och policydokument finns tillgängliga för alla att läsa. Referenser kollas alltid upp. Förfaranden för bedömning, tillbud, personalutveckling och företagshälsovård finns. De är dock "stelt" använda så att den tänkta effekten av dem får man inte alltid ut. Ovan nämnda personalpolitiska instrumenten används av styrelse och högre chefer som ett verktyg för att kontrollera personalen.</p> | <p>Det görs försök få att "rätt man på rätt plats". Det finns synliga, flexibla stödsystem som kan skraddarsys för en enskild individs behov. Personalpolicyn revideras regelbundet efter de behov som uppkommer ur händelseanalyser och när det är nödvändigt görs förändringar. Man försöker förstå varför personal gör ett dåligt jobb ur patientsäkerhets-synpunkt. Syftet är att kväva problemen i sin linda; "mota Olle i grind". Organisationen vill verkligen att personalen ska må bra. Det finns bra system för övervakning och översyn och hur man bedömer det som kommer fram. Patienter och anhörigas syn på säkerhet och personalpolicy efterfrågas aktivt. Det finns tydliga exempel på proaktiva mätningar inom vissa områden för att se samband mellan hur personalen agerar och patientsäkerhet.</p> | <p>Organisationen är i förbund med sin personal och alla har förtroende för personalledningen. Den är en integrerad del i verksamheten. Reflektion och revidering av patientsäkerhetsfrågor görs automatiskt och löpande. Man har en policy för hur patienter och deras anhöriga ska användas i patientsäkerhetsarbetet. När man gör händelseanalys följs speciellt system för att kunna fatta beslut om betydelsen av systemfaktorer och individuellt personalagerande. Förfarandet ger information i beslut om eventuell suspendering av personal och är, samt uppfattas, i den funktionen som ett konsekvent och rättvist sätt att följa upp händelser.</p> |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|--|--|---|--|--|---|
| 8. Personalutbildning och träning kring patientsäkerhet | Träning är lågt prioriterad och den som erbjuds krävs av regeringen. Att göra det ses av styrelse och högre chefer som irriterande, kostsamt och tidsödande. Det görs inga kvalitetskontroller eller bedömningar av hur relevant någon träning eller utbildning i patientsäkerhet är. Personalen anses redan tränad att göra sitt jobb så varför lägga mer tid på det? | Träning görs när det har varit något specifikt problem som avslöjat allvarliga brister vilka medfört eller skulle kunna medfört stor skada och uppenbara risker blottats. Information om ledningspolicy kring träning i patientsäkerhet ges till personalen genom ett introduktionspaket. Det är individens skyldighet att läsa och agera enligt detta. Utbildning och träning görs för att maximera vinsten och skydda organisationen. Det finns ingen avsatt budget för träning och utbildning i patientsäkerhet. | Träningsprogram är för att tillfredsställa organisationens behov. Patientsäkerhetsutbildning och träning stöds bara om det gynnar organisationen. Några planer på att engagera patienter i arbetet med patientsäkerhet finns inte. Basala fortbildningsplaner finns för varje anställd. Dessa ger dock ingen större effekt i verksamheten eftersom de inte ges något större utrymme resursmässigt och prioriteras inte. Träning och utbildning i patientsäkerhet ses som ett sätt att förebygga misstag. Det finns en hel del utbildningar att välja mellan men de är inte relevanta i förhållande till personalens behov. | Försök görs att identifiera organisationens behov av patientsäkerhetsträning liksom den anställdes och att matcha dessa behov. Träningen är välplanerad och tillräckliga resurser tillförs. Den är tillgänglig för alla delar av verksamheten. Utbildning ses som en självklar del i individens och personalens professionella utveckling. Den är kopplad till andra organisationssystem som t.ex. avvikelse-rapportering. Styrelsen och högre chefer förstår och värdesätter fortbildning av personalen och uppmuntrar dem att delta. | Utbildning och träning genomförs på ett flexibelt sätt och ses som ett sätt att stödja personalen i att nå stor kunskap och potential. Den anställda motiveras att förhandla om sin egen fortbildning. Utbildning i patientsäkerhet är integrerad i organisationens kultur. Lärande sker varje dag i arbetet och inte enbart i klassrumsmiljö. Patienter deltar i personalens fortbildning för att tillföra förståelse för patienternas uppfattning om risker och säkerhet. |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

| | A | B | C | D | E |
|-----------------------------------|---|---|--|---|--|
| 9. Teamets säkerhetsarbete | Varje anställd jobbar huvudsakligen för sig själv men när det förekommer team så är de ineffektiva när det gäller patient-säkerhetsarbete. Det är spänningar mellan teammedlemmarna och en stel hierarkisk struktur råder. Teamen kan mer liknas vid en grupp människor som förts samman med en, endast till namnet, chef utan vision eller verksamhetsidé. | Man arbetar i team men dessa har blivit tillsagda att arbeta ihop och medlemmarna ger endast läpparna bekännelse till teamarbete. De anställda jobbar bara som ett team när det görs en händelse-analys. Team sätts ihop för att svara mot yttre krav. Det är en tydlig hierarki i varje team som motsvarar hierarkin i hela organisationen. Team arbetar ihop men individerna i teamet känner sig inte förbundna till det. | Teams sätt ihop som svar på yttre krav, t.ex. lagar, socialstyrelsen riktlinjer m.m. men teamens insats följs inte upp för att se om de gjorde någon nytta eller inte. Det finns ledningsgrupp för patientsäkerhet/riskanalys. Anställda ser teamarbete som mindre viktigt och ger endast läpparnas bekännelse till idén om självstyrande team. Erfarenhetsutbyte mellan säkerhetsteamerna är sparsam. | Teamstrukturen ändrar form hela tiden med personer som tar de passande rollerna vid aktuell tidpunkt och händelse. Teamen samarbetar och är anpassningsbara samt bidrar aktivt till agendan kring riskhantering i organisationen. Effektiviteten i teamen utvärderas och ändringar görs när det är nödvändigt. Teamen kan involvera personer som är utanför organisationen. | Medlemskap i teamen är flexibel med olika personer som kan bidra på sitt sätt när det är lämpligt. Teamens sammansättning och arbete handlar om förståelse och vision om patientsäkerhet snarare än geografisk närhet. Detta sätt att arbeta är det som accepteras av organisationen. Alla är lika betydelsefulla och känner full frihet att bidra. Alla är en del i riskhanteringsteam på alla nivåer i verksamheten från styrelse till de som har daglig och ständig patientkontakt. |

MaPSaF engelsk version översattes till svenska i november 2011 av Mikael Christiansson allmänläkare HC Färjestaden Öland. Januari 2012 gjordes ett första test av instrumentet vid HC Färjestaden och Mörbylånga på södra Öland.

UTVÄRDERINGSBLAD

Dimensioner

A

B

C

D

E

| | | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|--|
| 1 | Övergripande kvalitetsengagemang | | | | | |
| 2 | Prioritering av patientsäkerhet | | | | | |
| 3 | Förmåga att uppfatta incidenter och identifiera dessa | | | | | |
| 4 | Undersökning/utredning av patientsäkerhetsrisker | | | | | |
| 5 | Organisationens lärande efter en incident | | | | | |
| 6 | Hur kommuniceras patientsäkerhetsaspekter | | | | | |
| 7 | Personalpolitik och patientsäkerhetsaspekter | | | | | |
| 8 | Personalutbildning och träning kring patientsäkerhet | | | | | |
| 9 | Teamets patientsäkerhetsarbete | | | | | |

H=Hälsocentralen L=Landstinget O=Organisation T=Team