

HANDBOK

Risikanalys och händelseanalys

ANALYSMETODER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting



HANDBOK

Risikanalyt och händelseanalys

ANALYSMETODER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN



Upplysningar om innehållet:
Eva Estling, eva.estling@skl.se

Tredje reviderade upplagan.

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015
ISBN: 978-91-7585-237-9
Text: Carin Ericsson, Region Östergötland och Åsa Hessel,
Landstinget Sörmland
Produktion: EO
Tryck: LTAB, 2015

Förord

Denna handbok för riskanalys och händelseanalys riktar sig till alla som arbetar med kvalitet och patientsäkerhet i landsting, regioner, kommuner och hos andra vårdgivare. Analysmetoderna som beskrivs i handboken är utvecklade för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. De bygger på beprövade metoder som utvecklats av Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, i USA. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete. Handboken är skriven för att sprida kunskap om metoderna och för att underlätta användningen av riskanalys och händelseanalys i hälso- och sjukvården.

Den första versionen av handboken gavs ut år 2005 och en andra reviderad upplaga år 2009. Handboken har fått stor spridning och metoderna används i dag frekvent i hälso- och sjukvården.

I den här tredje reviderade upplagan har metodbeskrivningen omarbetats med ett särskilt kapitel riktat till uppdragsgivare för att tydliggöra deras roll och ansvar. Erfarenheter av att använda metoderna har integrerats i metodbeskrivningen, bland annat i form av tipsrutor. För att lyfta fram det riskförebyggande arbetet redovisas vidare riskanalys före händelseanalys, till skillnad från i tidigare upplagor. Handboken lyfter också fram patienters och närståendes delaktighet och medverkan i analysarbetet mer tydligt än tidigare. Till handboken finns checklistor och mallar som ger stöd i det praktiska analysarbetet.

Projektledare för revisionen av handboken har varit Carin Ericsson, Region Östergötland, och Åsa Hessel, Landstinget Sörmland.

Stockholm, mars 2015

Hans Karlsson
Direktör

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

7	Kapitel 1	Risicanalyser och händelseanalyser i patientsäkerhetsarbetet
7		Handbokens disposition
7		Vårdgivare ska förebygga vårdskador
8		Systemsyn och individsyn kompletterar varandra
9		Människa, teknik och organisation
9		Hälsa- och sjukvården är en högriskverksamhet
10		Safety I och Safety II
10		Samband mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö
11		Exempel på framgångsfaktorer
11		Åtgärder och uppföljning kan förbättras
11		Metoderna har anpassats till svensk hälsa- och sjukvård
12	Kapitel 2	Roller och ansvar i riskanalyser och händelseanalyser
13		Vem kan ha rollen som uppdragsgivare?
14		Vem kan ha rollen som analysledare?
14		Vem kan ha rollen som verksamhetskunnig?
14		Vilka kan ingå i analysteamet?
16	Kapitel 3	Uppdragsgivarens ansvar vid riskanalys och händelseanalys
17		Steg 1: Initiera riskanalys
21		Steg 1: Initiera händelseanalys
25		Steg 7: Besluta om åtgärder vid riskanalys och händelseanalys
27		Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder vid riskanalys och händelseanalys
28	Kapitel 4	Risicanalys: Metodbeskrivning för analysledare och analysteam
29		Steg 1: Initiera analys
31		Steg 2: Beskriv analysområde
36		Steg 3: Identifiera och bedöm risker
43		Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker
46		Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
51		Steg 6: Skriv slutrapport
53		Steg 7: Besluta om åtgärder
53		Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder
54	Kapitel 5	Händelseanalys: Metodbeskrivning för analysledare och analysteam
55		Steg 1: Initiera analys
57		Steg 2: Samla in fakta
62		Steg 3: Beskriv händelseförloppet
65		Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker
69		Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
74		Steg 6: Skriv slutrapport
76		Steg 7: Besluta om åtgärder
76		Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder
77		Nationellt it-system för händelseanalyser (Nitha)

78	Ordförklaringar
79	Förkortningar
80	Officemallar
80	Risikanalys
80	Händelseanalys
86	Lästips
86	Litteratur om patientsäkerhet
87	Organisationer för patientsäkerhetsarbete
88	Lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbete
89	Arbetsgrupp och referensgrupp
89	Arbetsgrupp
89	Referensgrupp
90	Bilaga
	Kompletterande frågor för identifiering av bakomliggande orsaker
90	Inledande frågor
91	Kommunikation och information (K)
93	Utbildning och kompetens (U)
95	Omgivning och organisation (O)
96	Teknik, utrustning och apparatur (T)
98	Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)

Risikanalyser och händelseanalyser i patient- säkerhetsarbetet

Handboken är framtagen för att ge metodstöd till dig som arbetar med riskanalys och händelseanalys i svensk hälso- och sjukvård. Den vänder sig till dig som är beslutsfattare, uppdragsgivare, analysledare eller analysdeltagare, och till andra intresserade.

Handbokens disposition

Handboken inleds med kapitel 1 om analysmetodernas roll i patientsäkerhetsarbetet. Därefter följer kapitel 2 om roller och ansvarsfördelning i riskanalyser och händelseanalyser. Kapitel 3 vänder sig till dig som är uppdragsgivare och beskriver de analyssteg som du ansvarar för. Kapitel 4 och 5 beskriver metoderna för riskanalys och händelseanalys var för sig, och vänder sig till dig som är analysledare eller analysdeltagare. I slutet av handboken finns listor med nedladdningsbara mallar, ordförklaringar och lästips.

Även om kapitlen riktar sig till olika målgrupper bör du läsa hela handboken för att få en fullständig förståelse för metoderna.

Vårdgivare ska förebygga vårdskador

Hälso- och sjukvårdens kvalitet ska fortlöpande utvecklas och säkras för att förebygga vårdskador. Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en

vårdskada ska utredas och risker ska diskuteras konstruktivt. Patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren är skyldig att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), en så kallad lex Maria-anmälan. Även allvarliga missförhållanden inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse och vid verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska anmälas, så kallad lex Sarah-anmälan. Riskanalyser och händelseanalyser kan vara en del av den interna utredningen vid lex Maria- och lex Sarah-ärenden.

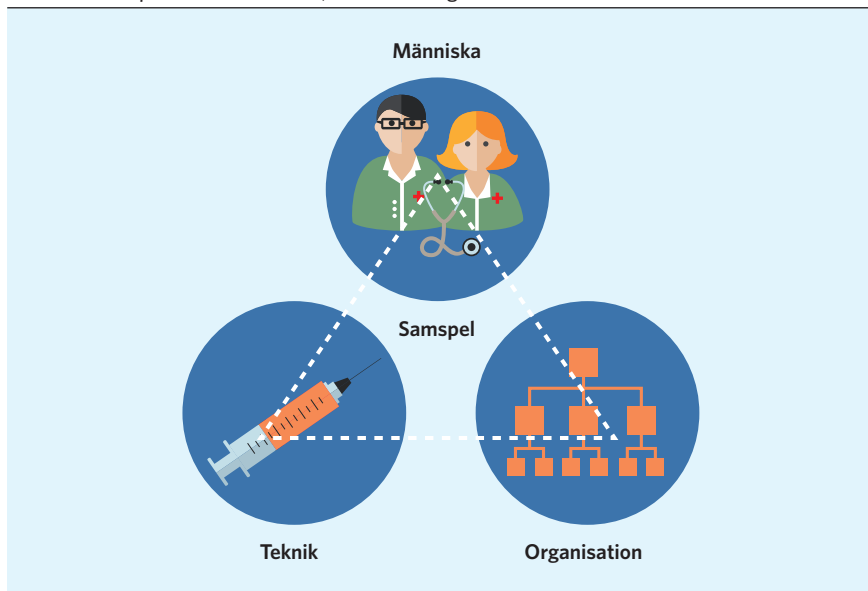
En grundförutsättning för hög patientsäkerhet är att vårdgivarna tar ansvar för kvaliteten och säkerheten på ett systematiskt sätt. Alla vårdgivare är skyldiga att ha ett ledningssystem med fastställda principer för ledning av verksamheten. Riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser är en del i det systematiska förbättringsarbetet. Analysmetoderna är också en del av ett systematiskt och uthålligt arbete för att utveckla säkerhetskulturen.

Systemsyn och individsyn kompletterar varandra

Patientsäkerhet är ett brett och komplext kunskapsområde. Det finns ofta flera olika orsaker till att patienten drabbas av en vårdskada. Genom att systematiskt identifiera och analysera orsaker till risker och vårdskador ökar lärandet i organisationen och det riskförebyggande arbetet stärks.

Orsaker till risker och vårdskador kan identifieras utifrån olika synsätt: individsyn respektive systemsyn. En individsyn innebär att orsaker söks hos enskilda personer, exempelvis att medarbetaren slarvat eller brustit i uppmärksamhet. En systemsyn utgår i stället från att negativa händelser uppstår på grund av brister i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan vara svagheter på alla nivåer i systemet. Med systemsyn identifieras orsaker som exempelvis svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens och organisation. Tidigare var individsyn dominerande i hälso- och sjukvården men en förskjutning har skett mot en ökad systemsyn. Det fråntar dock inte hälso- och sjukvårdspersonalen det individuella yrkesansvaret.

FIGUR 1. Samspel mellan människa, teknik och organisation



Människa, teknik och organisation

Ett sätt att åskådliggöra begreppet systemsyn är det så kallade MTO-perspektivet (se figur 1). MTO står för människa-teknik-organisation och tar sin utgångspunkt i att risker och avvikelser orsakas av ett samspel mellan de tre faktorerna. Detta perspektiv är grundläggande i metoderna för riskanalys och händelseanalys.

Hälso- och sjukvården är en högriskverksamhet

Hälso- och sjukvården är en högriskverksamhet och har mycket att lära av så kallade HRO-organisationer (high reliability organisations). Flygindustrin och kärnkraftsindustrin är andra högriskverksamheter som betraktas som HRO-organisationer. Jämfört med hälso- och sjukvården har dessa organisationer en välutvecklad säkerhetskultur och högre riskmedvetenhet. Det innebär att ledare och medarbetare skapar beredskap för att förutse, förebygga och hantera risker och avvikelser. I det arbetet används bland annat riskanalyser och händelseanalyser.

Safety I och Safety II

Att utreda risker och avvikelser med riskanalyser och händelseanalyser bygger på föreställningen att det finns särskilda orsaker till risker och vårdskador, en tankemodell som forskare kallar **Safety I**. Samtidigt pekar forskarna på att handlingar som oftast leder till att det blir rätt kan vara samma handlingar som utförs vid en vårdskada. Det beror på att förutsättningarna ständigt skiftar och att det råder en stor variation i hur arbetet utförs, en tankemodell kallad **Safety II**. I det vardagliga arbetet gör vårdpersonalen ständiga anpassningar för att hantera störningar och oväntade situationer, vilket förklarar varför det oftast blir ett gott resultat.

Team och organisationer har ofta en förmåga att anpassa sig till avvikelser och störningar med bibehållen säkerhet. Det studeras inom kunskapsområdet **resilience**. En analysmetod inom detta område, som utgår från Safety II, är Functional Resonance Analysis Method (FRAM).

Analysmetoder inom såväl Safety I som Safety II behövs i patientsäkerhetsarbetet. I denna handbok beskrivs enbart riskanalys och händelseanalys som kan kopplas till Safety I. För beskrivning av analysmetoder som bygger på Safety II hänvisas till annan litteratur (se Lästips).

Samband mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö

Hälso- och sjukvården har hittills ofta hanterat patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet var för sig. Forskning pekar dock på att patientsäkerhet är kopplad till arbetsmiljön. En bra arbetsmiljö med goda relationer mellan personalgrupper och ett utvecklat teamarbete leder sannolikt till en bättre och säkrare vård.

Det finns därför skäl att i högre grad integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och överväga att ta med båda perspektiven vid en risk- eller händelseanalys.

Exempel på framgångsfaktorer

Metoderna i handboken används i den svenska hälso- och sjukvården sedan 2005 när den första handboken publicerades. I dag genomförs analyser frekvent i hela hälso- och sjukvården.

Erfarenheter visar att följande faktorer bidrar till ett framgångsrikt riskanalys- och händelseanalyserarbete:

- › Det finns ett fungerande ledningssystem.
- › Ledningen tar ett tydligt ansvar för och driver patientsäkerhetsfrågorna.
- › Säkerhetskulturen är starkt utvecklad med en öppen kommunikation om risker och avvikelser.
- › Det finns en organisation för analysledare, till exempel en centralt placerad grupp i kombination med resurser ute i organisationen.
- › Det finns medarbetare som har hög kompetens och erfarenheter av att göra riskanalyser och händelseanalyser.
- › Medarbetare från alla yrkeskategorier medverkar i arbetet.
- › Patienter och närstående involveras i analysarbetet.
- › Det finns ett system för lärande och spridning av analysresultat.

Åtgärder och uppföljning kan förbättras

Arbetet med riskanalyser och händelseanalyser i svensk hälso- och sjukvård behöver utvecklas ytterligare. Det gäller i synnerhet arbetet med åtgärder samt uppföljning och utvärdering av genomförda åtgärder.

Åtgärdsförslag efter riskanalyser och händelseanalyser riktas i dag oftare mot den lokala verksamhetsnivån än mot den övergripande organisatoriska nivån. Kompletteras de verksamhetsnära åtgärderna med övergripande åtgärder ökar möjligheterna att förbättra patientsäkerheten. En centralt placerad analysgrupp innebär sannolikt ett ökat antal åtgärdsförslag på övergripande organisatorisk nivå.

Metoderna har anpassats till svensk hälso- och sjukvård

Det finns olika metoder för att utföra riskanalyser och händelseanalyser. De metoder som presenteras här har sitt ursprung i metoder som utvecklats inom Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, i USA, som är en ledande organisation när det gäller patientsäkerhetsarbete. Metoden för riskanalys är inspirerad av metoden **Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA)** och metoden för händelseanalys är inspirerad av **Root Cause Analysis (RCA)**. Båda metoderna har bearbetats och anpassats till svenska förhållanden.

KAPITEL 2

Roller och ansvar i riskanalyser och händelseanalyser

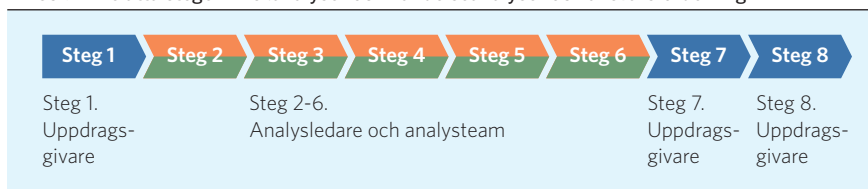
Här beskrivs vilka roller som bör ingå i riskanalyser och händelseanalyser, och vilket ansvar de olika rollerna har. Samma roller ingår i båda analyserna. En person kan ha flera roller: En analysledare kan till exempel också vara dokumentationsansvarig.

TABELL 1. Roller och ansvar i riskanalyser och händelseanalyser

Roll	Ansvar
Uppdragsgivare	Genomför steg 1, 7 och 8 i analysen (se figur 2) Väljer en lämplig analysmetod Utser analysledare och eventuellt analysteam Avsätter tid och resurser för analysledare och analysteam
Analysledare	Genomför steg 2-6 i analysen tillsammans med analysteamet (se figur 2) Introducerar analysteamet i analysmetoden Leder analysteamet genom de olika analysstegen Ser till att alla i analysteamet kommer till tals Fördelar arbetsuppgifter så att arbetet fortlöper mellan mötena
Verksamhets-kunnig	Ser till att verksamhetens kunskap tas tillvara i analysen Tar fram faktaunderlag som krävs för analysen
Dokumentations-ansvarig	Dokumenterar under analysarbetet
Analysteam	Genomför steg 2-6 i analysen tillsammans med analysledaren (se figur 2)

Tabell 1 ger en översikt av rollerna och ansvarsfördelningen. Figur 2 och tabell 2 visar stegen i de olika analyserna.

FIGUR 2. De åtta stegen i riskanalyser och händelseanalyser och ansvarsfördelning



TABELL 2. Namn på steg 1-8 i risk- respektive händelseanalyser

	Risikanalys	Händelseanalys
Steg 1	Initiera analys	Initiera analys
Steg 2	Beskriv analysområde	Samla in fakta
Steg 3	Identifiera och bedöm risker	Beskriv händelseförloppet
Steg 4	Identifiera bakomliggande orsaker	Identifiera bakomliggande orsaker
Steg 5	Föreslå åtgärder och metod för uppföljning	Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
Steg 6	Skriv slutrapport	Skriv slutrapport
Steg 7	Besluta om åtgärder	Besluta om åtgärder
Steg 8	Utvärdera och följ upp åtgärder	Utvärdera och följ upp åtgärder

Vem kan ha rollen som uppdragsgivare?

En person eller funktion ska ha rollen som uppdragsgivare, till exempel en regiondirektör, landstingsdirektör, sjukhuschef, socialchef, verksamhetschef, enhetschef eller någon annan med motsvarande befogenheter. Uppdragsgivaren ska ha befogenheter och ansvar att genomföra åtgärder inom det område som analysen gäller.

I vårdgivarens ledningssystem ska det finnas rutiner för vem som kan vara uppdragsgivare, det vill säga vem som har mandat att besluta om att en riskanalys eller händelseanalys ska genomföras. Rutinerna och ansvarsbeskrivningarna ska vara väl kända i organisationen.

Det är inte ovanligt att riskanalyser och händelseanalyser omfattar flera enheter, kliniker, vårdgivare eller myndigheter. Berörda verksamheter får då komma överens om vem som ska vara uppdragsgivare och hur de olika aktörerna ska samverka under analysarbetet.

Vem kan ha rollen som analysledare?

En analysledare ska ha goda kunskaper om metoderna för riskanalys och händelseanalys, men behöver inte nödvändigtvis känna till verksamheten. Det är en fördel om analysledaren genomför flera analyser under ett år, för att upprätthålla och utveckla sin kompetens.

TIPS!

Analysledaren kan med fördel vara extern, framför allt vid allvarliga händelser där många verksamheter är involverade, och vid övergripande riskanalyser och händelseanalyser. En extern analysledare kan vara mer neutral och opartisk vilket kan underlätta i vissa analyser.

Vem kan ha rollen som verksamhetskunnig?

En verksamhetskunnig ska ha mycket god kunskap om verksamheten som analyseras. Den som är verksamhetskunnig behöver däremot inte ha lika goda kunskaper om metoderna för riskanalys och händelseanalys som analysledaren.

Vilka kan ingå i analysteamet?

Analysteamet ska vara tvärprofessionellt sammansatt. Alla yrkesgrupper och kunskapsområden som berörs av analysen ska vara företrädade. Eftersom många analyser kräver hög medicinsk kompetens är det viktigt att läkare ingår i analysteamet. Det är också viktigt att inkludera

- › personer med stor erfarenhet från de enheter som analyseras
- › personer som kan tillföra ett ”utifrånperspektiv”
- › minst en, gärna flera personer med kompetens i analysmetoden, och gärna med kunskap om patientsäkerhet
- › alla eventuella partsintressen – men alla ska sträva efter att arbeta förut-sättningslöst utan andra intressen än att öka patientsäkerheten.

Uppdragsgivaren bör däremot inte delta i analysteamet eftersom den får dubbla roller: uppdragsgivare och utredare. Det kan innebära att man förkastar eller beslutar om åtgärdsförslag för tidigt, innan hela analysen är klar. I riskanalyser förekommer det ibland att uppdragsgivaren är med i analysteamet. Det är när uppdragsgivaren har en specifik kunskap som behövs i teamet, till exempel kunskap om en planerad förändring.

Medarbetare som varit direkt involverade i en allvarlig händelse ska inte delta i analysteamet för en händelseanalys. Det kan vara känslomässigt belastande både för de involverade och för övriga deltagare i analysteamet. Det är dock av största vikt att analysteamet intervjuar dem som varit direkt involverade i händelsen.

TIPS!

Analysteams storlek beror på vad som ska analyseras. Tänk på att det kan vara svårt för alla att komma till tals om gruppen blir för stor.

KAPITEL 3

Uppdragsgivarens ansvar vid riskanalys och händelseanalys

Här beskrivs uppdragsgivarens roll och ansvar vid riskanalyser och händelseanalyser. Uppdragsgivaren ansvarar för att initiera analys (steg 1), besluta om åtgärder (steg 7) och utvärdera och följa upp åtgärder (steg 8). Steg 1 skiljer sig mellan riskanalys och händelseanalys, och beskrivs därför i två olika avsnitt. Steg 7 och 8 är däremot gemensamma för analysmetoderna.

Uppdragsgivaren väljer en lämplig analysmetod

Du som är uppdragsgivare ska överväga vilken analysmetod som är lämplig i det aktuella fallet.

Gör en riskanalys när:

- › Det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten eller risker som uppstår vid förändringar.

Gör en händelseanalys när:

- › En händelse inträffat som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

En händelseanalys söker svar på frågorna:

- › Vad har hänt?
- › Varför har det hänt?
- › Hur förhindras en upprepning?

TIPS!

En riskanalys ger ofta en bredare bild av ett riskområde än en händelseanalys. Om flera tillbud eller vårdskador har inträffat inom samma område i en verksamhet kan det vara lämpligt att göra en riskanalys i stället för flera händelseanalyser.

Steg 1: Initiera riskanalys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Det är uppdragsgivarens ansvar att initiera riskanalysen och utforma uppdraget. Innan uppdraget utformas finns flera faktorer som du som uppdragsgivare ska ta hänsyn till.

När ska man initiera en riskanalys?

De flesta riskanalyser görs som ett avgränsat uppdrag. Visionen är att riskanalysen ska vara ett levande instrument som hanterar riskerna kontinuerligt. Riskanalysen bör starta i samband med att man planerar en process och finnas med under processens hela livscykel.

En riskanalys kan göras i en befintlig verksamhet eller inför en förändring. Anledningar till att göra en riskanalys kan vara:

Risker i befintlig verksamhet

- › Det finns frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis remisshantering, läkemedels- hantering eller fallolyckor.
- › Medarbetarna bedömer ett arbetsmoment eller en viss situation som risk- fylld, exempelvis informationsöverföring mellan olika huvudmän.
- › Tillbud eller negativa händelser har inträffat hos en annan vårdgivare och skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten.
- › Flera händelseanalyser har gjorts inom ett område men man bedömer att betydande risker kvarstår.

Inför förändringar

- › Ny teknik ska implementeras, exempelvis nya it-stöd.
- › En ny medicinsk metod, medicinteknisk produkt eller annan typ av ny process ska implementeras.
- › Organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter eller reducering av verksamhet under sommaren.

Uppdragsgivaren beskriver vad som ska analyseras

När du som är uppdragsgivare har beslutat att en riskanalys ska genomföras ska du beskriva vad som ska analyseras.

- › Är det en analys på lokal verksamhetsnära nivå eller en analys på övergri- pande organisatorisk nivå?
- › Vilka enheter, verksamheter och organisationer berörs av analysen?
- › Görs analysen av en befintlig arbetsprocess eller inför en planerad föränd- ring?

En riskanalys med ett stort analysteam är svårare och mer tidskrävande att utföra, och kan bli ytlig om den inte fokuseras på specifika riskområden. Den kan däremot underlätta samverkan över verksamhetsgränser och bidra till att identifiera genomgripande generella åtgärder.

Att göra en mindre riskanalys med ett mindre analysteam är enklare, och kan underlätta att identifiera konkreta verksamhetsnära åtgärder.

Uppdragsgivaren lämnar ett skriftligt uppdrag till analysledaren

Du som uppdragsgivare formulerar ett skriftligt uppdrag som du lämnar till analysledaren.

Det skriftliga uppdraget bör innehålla information om:

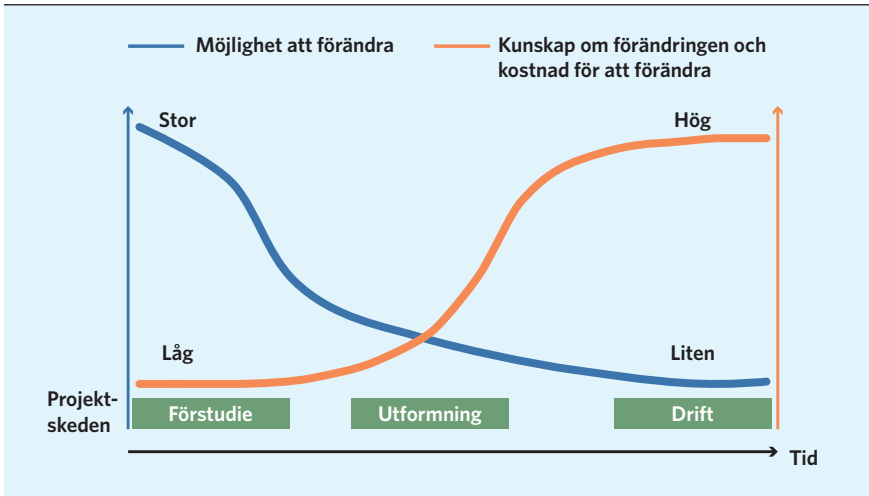
- › syftet och bakgrunden till riskanalysen och hur resultatet ska användas
- › vilka områden, processer och perspektiv som analysen ska omfatta
- › avgränsningar av analysens omfattning, precisering av delar och aspekter som inte ska analyseras
- › om analysen avser en befintlig process eller en förändring
- › vilka enheter, verksamheter eller organisationer analysen omfattar
- › vilka kompetenser, yrkesgrupper eller personer som ska medverka och att resurser avsätts för det
- › hur patienter och närståendes perspektiv tas med i analysen och hur de kontaktas
- › tidplan och datum för återföring av resultatet.

Det är en fördel om du för en dialog med analysledaren när du lämnar över uppdraget.

TIPS!

Använd gärna mallen för Uppdragsbeskrivning för riskanalys.
Ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

FIGUR 3. Riskanalys i en förändringsprocess (modifierad från E. Hollnagel)



Riskanalys inför förändringar

Riskanalyser inför förändringar kan göras i olika faser av förändringsprocessen (se figur 3):

- › Tidigt i förändringsprocessen finns begränsad kännedomen om det område som ska analyseras men stora möjligheter att påverka utformningen.
- › I slutet av förändringsprocessen är kunskapen om förändringen god men möjligheterna att förändra utformningen mer begränsade.

När en riskanalys ska göras inför en förändring ska uppdragsgivaren ta fram en beskrivning av den föreslagna förändringen. Du som uppdragsgivare ska besluta om analysen även ska omfatta själva förändringsarbetet, det vill säga implementeringsfasen.

Riskanalys med patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv

IBland är det en fördel att göra en kombinerad riskanalys för patientsäkerhet och arbetsmiljö eftersom riskerna påverkar både patienter och personal. Riskanalysmetoden som presenteras här är i första hand avsedd för patientsäkerhetsrisker. En kombinerad analys blir mer omfattande, komplexare, tar mer tid och kan kräva en komplettering av bedömningskriterierna.

Patienter och närstående kan bidra med kunskap

Patienter och närstående har erfarenheter och kunskap om vården som är ett viktigt komplement till vårdpersonalens kunskap. Resultatet av riskanalysen kan förbättras genom att involvera patienter och närstående. Det kan göras på olika sätt, till exempel med intervjuer, workshop, eller genom att de medverkar i analysteamet.

Överväg för- och nackdelar och på vilket sätt patienter och närstående kan medverka i riskanalysen när uppdraget formuleras.

Avsätt tid för medarbetare att delta i analysteamet

Att genomföra en riskanalys innebär att analysteamet måste träffas regelbundet under en period. Innan du som uppdragsgivare beslutar att starta en riskanalys ska du komma överens med ansvariga chefer att de avsätter tid för deltagarnas medverkan i analysteamet.

Steg 1: Initiera händelseanalys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Du som är uppdragsgivare bedömer

- › hur allvarlig händelsen är
- › sannolikheten för att händelsen kan komma att upprepas
- › om en händelseanalys ska utföras.

En händelse som kunde ha skadat en patient men som inte gjorde det kallas tillbud. Värdera tillbud på samma sätt som om de hade skadat patienten.

Värdera en händelse: Ta hjälp av någon med kunskap och erfarenhet av liknande händelser och av den aktuella verksamheten när du värderar en händelse.

Bedöma allvarlighetsgrad: Ta hjälp av tabell 3 när du bedömer hur allvarlig en händelse är. Tabellen beskriver konsekvenser av händelsen i fyra nivåer.

Bedöma sannolikhet: Svara på följande frågor när du bedömer sannolikheten för att en händelse kan upprepas:

- › Kan liknande händelser inträffa ofta, till exempel varje dag eller varje vecka? Då är sannolikheten stor eller mycket stor för att händelsen upprepas.
- › Har flera liknande händelser inträffat som fått mindre eller måttliga konsekvenser? Då bör du alltid överväga att göra en riskanalys av den process där händelserna inträffat (se kapitel 3).

Besluta om analys: Ta hjälp av matrisen i tabell 4 när du bedömer om en händelseanalys ska utföras.

TABELL 3. Allvarlighetsgrad och konsekvens

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter ¹⁾²⁾ Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.*

¹⁾ Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbat flera patienter.

²⁾ Med förlängd vårdepisod avses att vårdkontaktarna med patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs.

TABELL 4. Beslutsunderlag för händelseanalys

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor				
	Stor				
	Liten				
	Mycket liten				

Du bedömer händelsen utifrån allvarlighetsgrad (konsekvens för patienten) och sannolikhet för upprepning. Utför en händelseanalys om du bedömer att händelsen hamnar inom rött eller mörkorange område. Det är lämpligt att prioritera att analysera de allvarligaste händelserna eftersom det är angeläget att dessa inte upprepas.

Uppdragsgivaren lämnar ett skriftligt uppdrag till analysledaren

Du som uppdragsgivare formulerar ett skriftligt uppdrag som du lämnar till analysledaren. Analysledaren sätter sig in i ärendet genom att gå igenom uppdragsbeskrivningen och hämta in de fakta som krävs för att förstå och bedöma uppdraget. Det är en fördel om du för en dialog med analysledaren när du lämnar över uppdraget. Du bör också informera analysledaren om

- › förslag till verksamhetskunnig i analysteamet
- › personer som kan ge mer information om området som ska analyseras
- › avgränsningen av analysen.

Det skriftliga uppdraget bör innehålla information om:

- › händelseförloppet
- › involverade verksamheter
- › omedelbart vidtagna åtgärder
- › tidsram för analysen
- › specifika frågor som du vill ha svar på
- › patient- och närståendemedverkan.

TIPS!

Använd gärna mallen för Uppdragsbeskrivning för händelseanalys. Ladda ner på webbutik.skil.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Uppdragsgivaren ser till att patienten eller närstående involveras

Du som är uppdragsgivare ska se till att någon

- › informerar patienten eller närstående om den inträffade händelsen och om att en händelseanalys kommer att genomföras
- › frågar patienten eller närstående om analysledaren får kontakta dem för att genomföra en intervju inför händelseanalysen
- › ordnar ett möte, om det behövs, mellan patienten eller närstående och inblandade medarbetare eller verksamhetsansvariga.
- › går igenom händelseanalysen med de berörda när den är klar.

Det ska finnas rutiner för hur man tar hand om patienter och närstående vid en allvarlig händelse. Rutinerna ska vara kända inom organisationen.

Uppdragsgivaren ser till att personal får stöd vid en inträffad händelse

Du som är uppdragsgivare eller verksamhetschef ska se till att alla medarbetare som varit direkt involverade i en händelse

- › erbjuds avlastande samtal under arbetstid
- › får information om annat tillgängligt stöd, till exempel från företagshälsovården och fackliga organisationer
- › får information om att en händelseanalys kommer att genomföras där de berörda blir intervjuade om sin version av händelsen och får möjlighet att föreslå åtgärder som skulle kunna förhindra att det händer igen
- › får tid att bidra till analysarbetet
- › rekommenderas att skriva ner sin version av händelsen så snart som möjligt.

I vissa fall kan även analysledaren och deltagarna i analysteamet behöva stöd och handledning.

Uppdragsgivaren avbryter analysen om någon har brustit i sin yrkesutövning

En händelseanalys handlar inte om att identifiera individuella brister, men ibland visar det sig under analysen att en eller flera medarbetare allvarligt har brustit i sin yrkesutövning. Analysledaren ska då rapportera detta till dig som

är uppdragsgivare. Analysen kan i så fall avbrytas och problemet hanteras enligt gällande lagstiftning och lokala rutiner.

Händelseanalysen måste starta snabbt

En händelseanalys måste starta snart efter händelsen därför att

- › det är en stor påfrestning för alla inblandade
- › minnesbilderna fördunklas fort
- › händelsebeskrivningen förändras.

Analysledaren ska rapportera händelseanalysens resultat till uppdragsgivaren när analysen är klar. Det är även bra att boka ett avstämningsmöte medan analysen pågår för att reda ut eventuella oklarheter. Bestäm ett datum för rapportering redan när du som uppdragsgivare initierar händelseanalysen.

Det är dock svårt att beräkna tidsåtgången innan analysteamet har satt sig in i händelsen, och tidsåtgången varierar beroende på händelsens komplexitet. För analysledaren ligger den dock oftast på minst en arbetsvecka.

I tidsåtgången ingår till exempel intervjuer, genomgång av journaler, rutiner och pm, analysteamets möten, sammanställning av uppgifter och åtgärdsförslag, avstämning med uppdragsgivaren och slutrapport.

Steg 7: Besluta om åtgärder vid riskanalys och händelseanalys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Du som är uppdragsgivare ska ta ställning till analysteamets åtgärdsförslag och skriva dina kommentarer i ett eget kapitel i slutrapporten.

Du ansvarar för att:

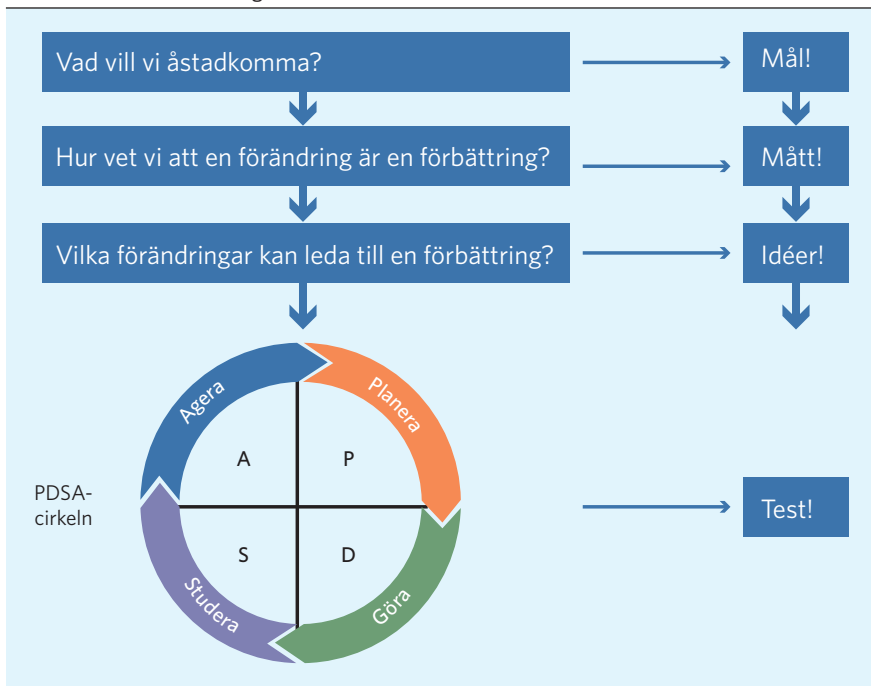
- › sätta dig in i analysens resultat, bland annat vid ett möte med den verksamhetskunniga och analysledaren eller hela analysteamet
- › prioritera och besluta vilka av de föreslagna åtgärderna som ska genomföras och när de ska vara genomförda
- › förklara varför vissa föreslagna åtgärder inte kan genomföras
- › utse personer som ansvarar för att genomföra åtgärderna
- › besluta hur resultatet av analysen ska spridas.

Ibland berör analysen även andra enheter än där du har mandat att fatta beslut. Då är det ditt ansvar som uppdragsgivare att lämna över ansvaret för att prioritera, besluta och genomföra åtgärder till ansvariga på aktuella enheter.

Åtgärderna kräver förbättringsarbete

När du som uppdragsgivare har beslutat vilka åtgärder som ska genomföras följer ett förbättringsarbete. Det behövs eftersom nya risker kan uppstå när man förändrar processer och arbetssätt, och inför ny teknik och nya behandlingsmetoder. Åtgärderna bör prövas i liten skala innan de introduceras brett i verksamheten. Ett sätt är att arbeta enligt Nolans förbättringsmodell (se figur 6). Det kan också vara värdefullt att pröva förändringen i olika simuleringsövningar.

FIGUR 6. Nolans förbättringsmodell



Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder vid riskanalys och händelseanalys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Du som uppdragsgivare ansvarar för att utvärdera och följa upp de åtgärder som analysen resulterat i. Ibland kan den uppgiften överlåtas till en annan befattningshavare, till exempel chefsläkaren. Uppföljningen bör ske inom 6–8 månader, och tidpunkten ska vara bestämd på förhand.

Har åtgärderna haft avsedd effekt?

Syftet med utvärderingen är att följa upp om de beslutade åtgärderna har genomförts och fått avsedd effekt, eller om det fortfarande finns risker kvar. Det kan också vara så att nya risker har uppstått. Det finns olika metoder för att utvärdera åtgärdernas effekt. I slutrapporten föreslås metoder för att följa upp respektive åtgärd. Effekten kan exempelvis följas upp genom att

- › ta fram enkel statistik, till exempel räkna hur många som följer en rutin under ett arbetspass
- › granska journaler
- › intervjua patienter och medarbetare
- › analysera kliniska medicinska resultat
- › genomföra enkäter
- › mäta och värdera tidsåtgången.

Uppdragsgivaren sprider analysens resultat i lärande syfte

Den genomförda analysen bör diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp, kvalitetsråd, patientsäkerhetsteam eller motsvarande.

Många analyser är komplexa och berör många enheter inom organisationen. En verksamhet med hög säkerhetskultur sätter stort värde på att resultatet sprids även utanför den egna enheten. Du som uppdragsgivare ansvarar för att sprida resultatet, så att det kan användas i lärande syfte. Resultatet kan till exempel publiceras på intranät, spridas i olika nätverk och presenteras på arbetsplatsträffar. Du beslutar också om händelseanalysen ska publiceras i det nationella it-stödet för händelseanalyser Nitha (se Nitha, kapitel 5).

Risicanalys: Metodbeskrivning för analysledare och analys-team

Här beskrivs metoden för riskanalys i åtta steg, och med hjälp av konkreta exempel. Kapitlet vänder sig till dig som är analysledare eller deltagare i analysteamet.

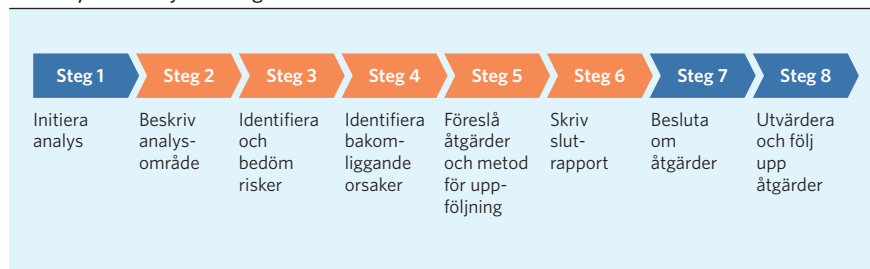
Risicanalys används i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet. Syftet är att identifiera risker och riskernas orsaker, och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud. En riskanalys höjer också riskmedvetenheten. En riskanalys kan göras för att identifiera risker i en befintlig verksamhet eller inför en förändring av verksamheten.

En riskanalys görs ofta som ett avgränsat uppdrag men kan även vara ett kontinuerligt arbete. Det är önskvärt att riskanalysen är ett levande instrument som kontinuerligt hanterar risker i en arbetsprocess.

Risicanalysens steg

En riskanalys omfattar 8 steg (se figur 7).

FIGUR 7. Riskanalysens steg



Steg 1, 7 och 8 är uppdragsgivarens ansvar. Analysledaren ansvarar för steg 2–6 som utförs tillsammans med deltagarna i analysteamet. Läs om roller och ansvar i kapitel 2.

Steg 1: Initiera analys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Här beskrivs analysledarens roll vid initiering av en riskanalys. Läs om uppdragsgivarens roll i kapitel 3.

Det är uppdragsgivarens ansvar att initiera analysen och utforma uppdraget. Uppdraget ska alltid vara skriftligt. Du som är analysledare tar emot uppdraget och sätter dig in i ärendet. Det gör du genom att gå igenom uppdragsbeskrivningen och samla in de fakta som krävs för att förstå och bedöma uppdraget. Det är en fördel om du kan diskutera med uppdragsgivaren, så att ni kan klargöra uppdragets innebörd i dialog. Se vidare kapitel 3 om vad uppdragsbeskrivningen ska innehålla.

Uppskatta tidsåtgången i samråd med uppdragsgivaren

Innan personer tillfrågas att vara med i analysteamet ska du som analysledare uppskatta tidsåtgången för analysen i samråd med uppdragsgivaren. Tids-

åtgången avgörs av riskanalysens komplexitet och omfattning. Hur många möten som krävs beror på den process som ska analyseras.

- › Det är vanligt att analysteamet träffas 1–4 gånger.
- › För varje möte bör 2–4 timmar avsättas.
- › För analysledaren krävs mer tid än för deltagarna i analysteamet. Tid behövs exempelvis för att förbereda möten och skriva slutrapport. Utöver träffarna med analysteamet behöver analysledaren vanligtvis avsätta tid motsvarande en arbetsvecka. Mindre analyser tar kortare tid och större kan ta längre tid.

TIPS!

Det är en fördel om analysteamets möten förläggs med cirka en veckas mellanrum. Då får deltagarna tid att reflektera och samla in kompletterande fakta, och kan diskutera med kollegor mellan mötena.

Mötena bör hellre vara halvdagar än heldagar. En riskanalys kräver stort engagemang och kreativitet, och därför blir arbetet inte lika effektivt i slutet av en heldag.

EXEMPEL: Så här gör man en riskanalys

I det här kapitlet används genomgående ett exempel för att illustrera hur en riskanalys går till. Observera att exemplet inte är en hel riskanalys utan avgränsas successivt eftersom syftet är att belysa de olika momenten i riskanalysen.

Exemplet är följande: På en sjukhusklinik rapporteras många avvikelser som gäller intravenös behandling med antibiotika. Eftersom antibiotikabehandling ges ofta beslutar verksamhetschefen att göra en riskanalys. Verksamhetschefen blir uppdragsgivare. Riskanalysen avgränsas till att omfatta infusion av antibiotika på vårdavdelningen, med delområdena ordinaera, iordningställa och administrera. I riskanalysen ingår inte att följa upp behandlingen. Uppdragsgivaren utser teamledare och analysledare, som tillsammans utser övriga deltagare i analysteamet. För att fånga erfarenheter från patienter intervjuar man patienter som behandlats med antibiotika på avdelningen.

Steg 2: Beskriv analysområde

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



Steg 2 omfattar förutom att beskriva analysområde även att samla in fakta och att överväga hur erfarenheter från patienter och närstående kan tas med i analysen.

Samla in fakta

Innan riskanalysen startar ska analysledaren med hjälp av analysteamet samla in fakta som är nödvändiga för analysen.

Analysen av en befintlig verksamhet ska utgå från den verkliga situationen, det faktiska arbetssättet. Vid en riskanalys inför en förändring ska du som analysledare sammanställa fakta om hur det nya arbetssättet är tänkt att utformas.

Exempel på fakta som kan vara relevanta:

- › beskrivning av verksamheten, till exempel verksamhetsplaner, processbeskrivningar, rutinbeskrivningar
- › studiebesök i verksamheten som ska analyseras
- › intervjuer med chefer, vårdpersonal, patienter och närstående inom området som ska analyseras
- › statistik över exempelvis diagnosgrupper, besök, vårdplatser och avvikelser
- › tidigare genomförda risk- eller händelseanalyser
- › tidigare utredningar och förändringsförslag
- › aktuella forskningsrön och rapporter
- › kartor och ritningar inför ombyggnationer
- › användarinstruktioner för medicintekniska produkter.

Det är väsentligt att identifiera viktiga förutsättningar och antaganden som riskanalysen baseras på. Det kan vara antaganden om vårdbehov, tillgängliga resurser eller arbetsrutiner. Det är särskilt viktigt vid en riskanalys inför en förändring.

Patienter och närstående tillför kunskap och viktiga erfarenheter

Patienter och närstående kan identifiera andra risker och åtgärdsförslag än de som vårdpersonalen tänker på. Det är viktigt att analysledaren överväger för- och nackdelar med patientmedverkan tidigt i planeringen i samråd med uppdragsgivaren. Patienter och närstående kan tillfrågas om att medverka via en patientförening eller via vårdpersonal som de har kontakt med.

Patientmedverkan kan utformas på olika sätt. Till exempel kan patienter och närstående:

- › intervjuas, enskilt eller i grupp
- › besvara enkäter
- › delta i workshop
- › följas genom att man ”går i patientens fotspår”
- › delta i analysteamet på samma sätt som övriga medverkande.

Ta ställning till följande:

- › Hur tas kunskaper och erfarenheter från patienter och närstående tillvara i analysen?
- › Vem kontaktar och informerar patienter och närstående som ska medverka?
- › Kan analysarbetet väcka oro hos patienter som medverkar? Vem ska i så fall ge stöd?
- › Ska patienter som medverkar få ersättning eller kompensation?

Reflektera över följande för att besluta om patienter och närstående ska ingå i analysteamet:

- › Diskussionerna blir kreativa med deltagare som har ett ”utifrånperspektiv”.
- › Patienters och närståendes synpunkter får mer genomslag.
- › Det kan vara svårt för patienter och närstående att hävda avvikande uppfattningar.
- › Det tar mer tid om gruppen är mer heterogen.
- › Diskussionerna kan bli mindre öppna om vissa risker inte tas upp när patienter och närstående är med.
- › Det ställer större krav på analysledaren att styra diskussionen så att alla kommer till tals.
- › Vissa moment är svårare för patienter och närstående att medverka i, till exempel riskbedömningar.

När patienter och närstående medverkar i en riskanalys ska de få information före, under och efter riskanalysen. Informera om:

- › syftet med riskanalysen
- › hur riskanalysen går till
- › vad som förväntas av dem, hur de ska medverka
- › hur mycket tid det tar
- › vem som kan svara på frågor, en kontaktperson
- › resultatet och vad analysen ledde till för åtgärder.

Gör en grafisk beskrivning av analysområdet

Arbetet i analysteamet startar med att analysteamet beskriver analysområdet med en grafisk bild.

Analysområdet kan vara en process, det vill säga aktiviteter som utförs i kronologisk ordning, men behöver inte vara det. Den grafiska bilden över analysområdet, eller processbeskrivningen, ger analysteamet en gemensam bild av området som ska analyseras och gör det lättare att arbeta systematiskt. Bilden ger också uppdragsgivaren bra information om analysens omfattning.

TABELL 5. Arbetsgång för att beskriva analysområdet (se exempel i figur 8 och 9)

Moment	Gör så här:
1	Beskriv området som ska analyseras med en grafisk bild. Gå från helhet till delar.
2	Identifiera huvudområdet, det vill säga hela det område som ska analyseras.
3	Identifiera delområden, det vill säga dela upp huvudområdet i delar som är relevanta att analysera var för sig.
4	Identifiera aktiviteter inom respektive delområde. De kan med fördel beskrivas i den ordning de utförs. Använd gärna ett verb för att beskriva aktiviteten.
5	Numrera de olika delarna uppifrån och ner.

I en analys av en befintlig verksamhet kan det vara skillnad mellan hur processen genomförs i praktiken och hur den borde genomföras enligt gällande riktlinjer. Det är den faktiska processen som ska beskrivas eftersom det är det faktiska arbetssättet som ska analyseras.

För att få en helhetsbild kan det vara bra att först göra en översiktlig processbeskrivning som omfattar hela verksamheten. Sedan kan man göra en mer detaljerad beskrivning av den del som ska analyseras.

Använd bilden av analysområde för att identifiera delar av processen där riskerna bedöms som störst och viktigast att analysera. Stäm av analysområdet eller processbeskrivningen med uppdragsgivaren för en sista kontroll av analysens inriktning.

TIPS!

Gör inte analysområdet för detaljerat. Det kan hämma identifieringen av risker.

Gäller riskanalysen en förändring kan det underlätta att identifiera konsekvenser av förändringen och vilka som berörs. Då är det lättare att identifiera delområden och aktiviteter som ska analyseras.

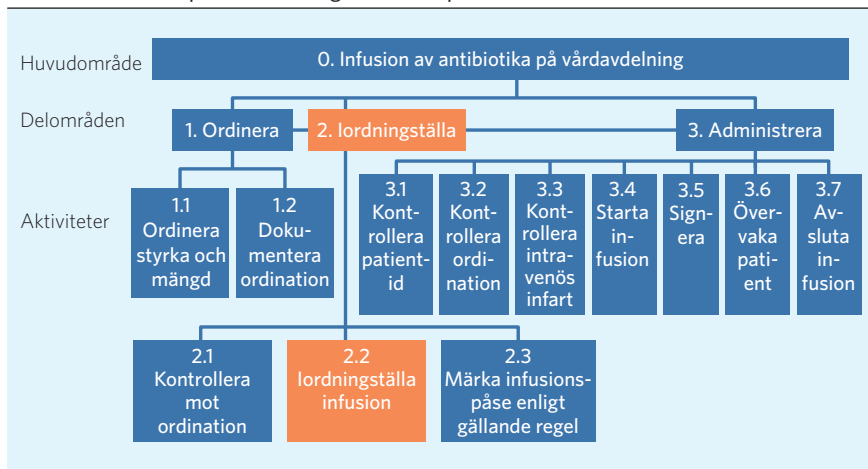
Du som analysledare kan före det första mötet ta fram ett förslag till grafisk bild av analysområdet tillsammans med några från analysteamet, som analysteamet bearbetar vidare och godkänner.

Använd gärna mallen Analysområde. Ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys.

EXEMPEL

Analysteamet identifierar huvudområdet, delområden och aktiviteter. Huvudområdet är infusion av antibiotika på vårdavdelning och består av tre delområden. I varje delområde identifieras aktiviteter i den ordning de utförs. Delområden och aktiviteter numreras (se figur 8). Exemplet i detta kapitel följer i fortsättningen aktivitet 2.2 Iordningställa infusion.

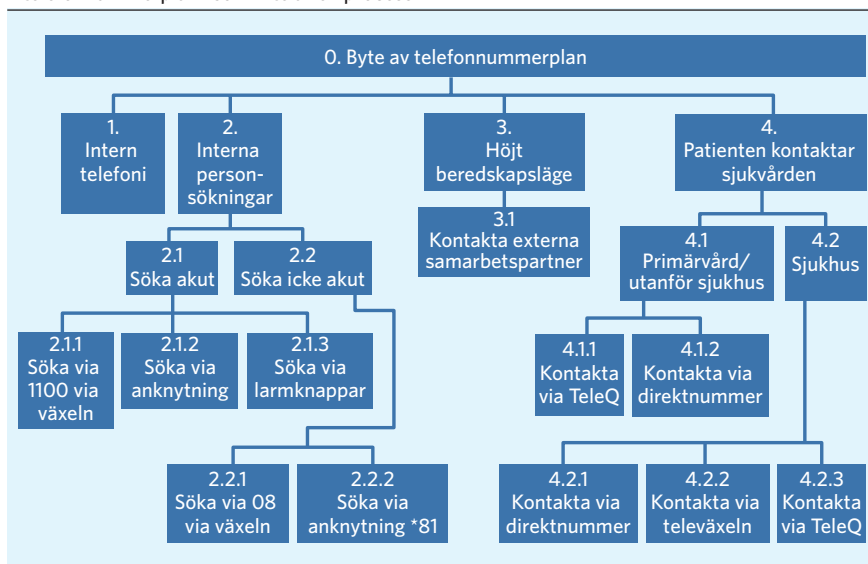
FIGUR 8. Exempel på analysområden med huvudområde, delområden och aktiviteter för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning" som är en process



EXEMPEL

Här redovisas ytterligare ett exempel på ett analysområde inför en förändring i organisationen. Analysområdet är ingen process, det vill säga delområdena har ingen inbördes kronologisk ordning när de utförs. Exemplet är en riskanalys inför byte av telefonnummerplan: Ett landsting ska införa ett nytt system för telefoni som innebär att alla telefonnummer byts ut (se figur 9).

FIGUR 9. Exempel på analysområden med huvudområde, delområden och aktiviteter för "Byte av telefonnummerplan" som inte är en process



Steg 3: Identifiera och bedöm risker

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



Använd ett analyschema för att underlätta dokumentationen

När ni i analysteamet är överens om den grafiska beskrivningen av analysområdet påbörjar ni arbetet med att identifiera risker. Använd ett analyschema för att underlätta en systematisk dokumentation av analysen (se figur 10). I analyschemat dokumenteras risker, bakomliggande orsaker, förslag till åtgärder och metod för uppföljning.

Börja med att överföra huvudområde, delområde och aktiviteter till analyschemat (se figur 10).

FIGUR 10. Exempel på analyschema för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning"

Titel på riskanalys: Infusion av antibiotika på vårdavdelning							
Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (Möjlighet att en negativ händelse inträffar) Vad?		Allvarlighets- grad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsätta analys? Ja eller Nej Vid Ja - överför risken till formulär 2
Id	Beskrivning	Risk-id	Beskrivning av risk				
0	Infusion av antibiotika på vårdavdelning					0	
1	Ordinera					0	
1.1	Ordinera styrka och mängd					0	
1.2	Dokumentera ordination					0	
2	lordningställa					0	
2.1	Kontrollera mot ordination					0	
2.2	lordningställa infusion					0	
2.3	Märka infusionspåse enligt gällande regel					0	

Analysteamet identifierar risker

Riskidentifieringen gör ni gemensamt i analysteamet. För varje huvudområde, delområde och aktivitet frågar ni er:

- Vad kan gå fel i detta steg?
- Vilka konsekvenser leder det till för patienten?

Varje aktivitet, delområde och huvudområde har flera risker. Gå igenom alla ”rutor” i analysområdet eller processbeskrivningen systematiskt för en fullständig riskanalys.

TABELL 6. Arbetsgång för att identifiera risker

Moment	Gör så här
1	Identifiera risker med brainstorming, utan att värdera dem. Det underlättar att använda teman som inspiration. Använd teman som människa-teknik-organisation eller de orsaksområden som redovisas i bilaga 1.
2	Dokumentera riskerna. Skriv på whiteboard eller post-it-lappar för att senare föra in det i analysformatet. Alternativt, skriv i analysformatet direkt vid mötet (se figur 11).
3	Numrera riskerna i analysformatet.

TIPS!

Börja identifiera risker i en aktivitet. Aktiviteterna är ofta mer konkreta, vilket underlättar. Gå sedan vidare till delområden och huvudområdet.

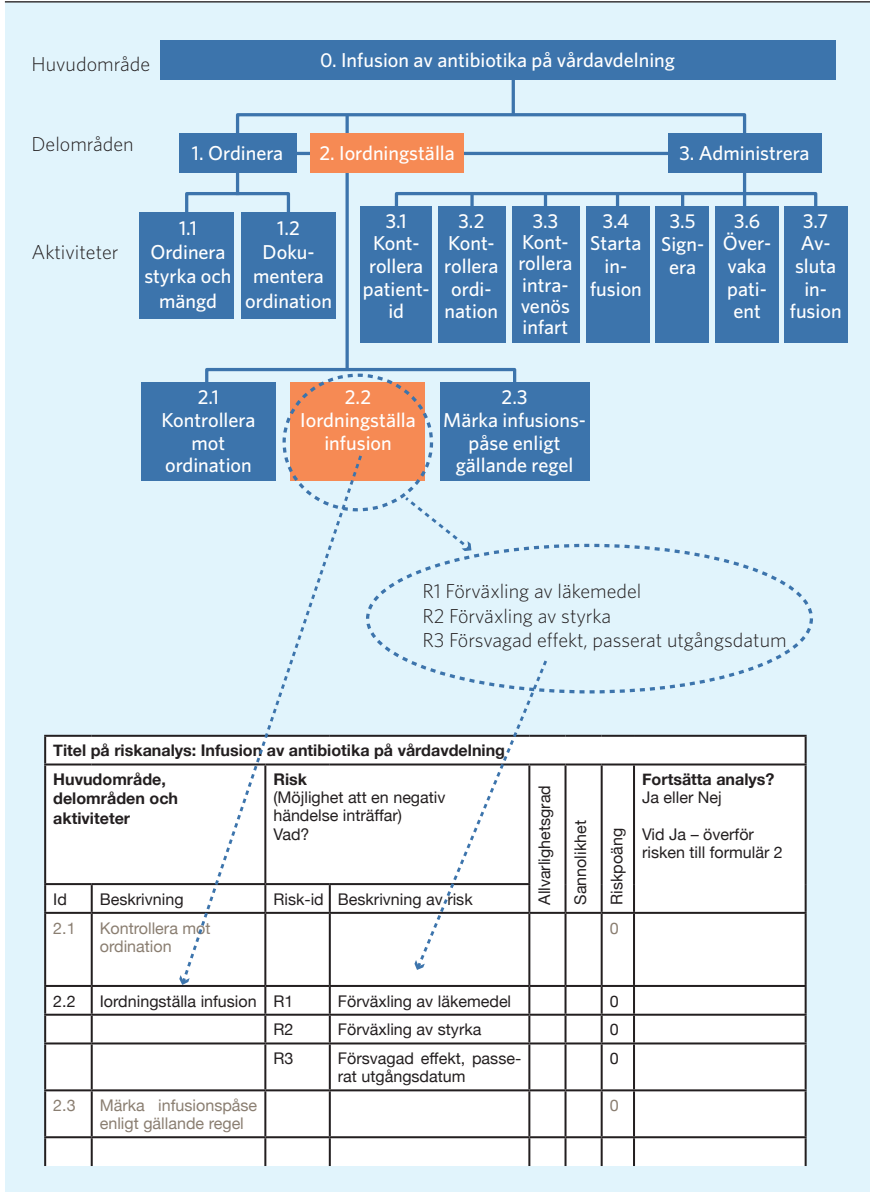
Det sparar tid att dokumentera med dator och bildprojektor under mötet, men det kan begränsa spontaniteten i analysteamet.

Analysteamet kan ibland frestas att gå direkt på lösningar eller alltför snabbt tycka sig hitta de bakomliggande orsakerna. Du som analysledare kan fånga upp dessa förslag för att återkomma till dem senare, men styra gruppen att fokusera enbart på riskerna.

EXEMPEL

Identifiera risker och skriv in i analyschemat (se figur 11).

FIGUR 11. Exempel på riskidentifiering: analyschema med aktiviteter och risker för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning"



Analysteamet bedömer de identifierade riskerna

Analysteamet ska bedöma varje identifierad risk. Riskbedömningen är en sammanvägning av konsekvensens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den inträffar. Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet får ni en riskpoäng.

Det finns olika metoder för riskbedömning. I den här handboken presenteras ett sätt som liknar det som används av Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, i USA.

Bedöma allvarlighetsgrad: För varje risk bedömer ni allvarlighetsgraden av konsekvensen. Använd skalan i tabell 6.

TABELL 6. Allvarlighetsgrad och konsekvens

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter ^{1 2)} Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.

1) Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbar flera patienter.

2) Med förlängd vårdepisod avses att vårdkontaktarna med patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs.

TIPS!

En och samma risk kan medföra olika konsekvenser med olika allvarlighetsgrad. Då kan man dela upp risken i två eller flera risker och bedöma dem var för sig.

Exemplen på konsekvenser i tabell 6 som förklarar nivåerna av allvarlighetsgrad passar inte i alla riskanalyser. Då kan du som analysledare ändra på exemplen på konsekvenser genom att komplettera förklaringarna eller ta fram egna förklaringar som bättre passar din analys. Tänk på följande:

- När du skriver nya förklaringar till skalstegen är det viktigt att nivåerna mellan skalstegen är relevanta.
- För att alla risker ska bedömas på samma sätt bör du använda samma skala genomgående i hela riskanalysen.
- Vid en riskanalys som omfattar både patientsäkerhet och arbetsmiljö kan du använda olika skalor för respektive del.

Bedöma sannolikhet: För varje risk bedömer analysteamet sannolikheten för att en viss konsekvens ska inträffa. Använd skalan i tabell 7.

Ibland passar inte skalan. Det kan till exempel vara en analys av driftavbrott i tekniska system som inträffar mycket sällan. Då kan du som analysledare ändra förklaringarna för förekomst till andra tidsintervall, till exempel: årligen, vart 5:e år, vart 10:e år, vart 20:e år.

Kom ihåg att använda samma förklaringar genomgående för alla risker i analysen, så att bedömningen blir konsekvent.

TABELL 7. Exempel på skala för sannolikhet

Sannolikhet för inträffande	Förekomst
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år eller mer sällan

Riskmatris

När analysteamet har skattat allvarlighetsgraden och sannolikheten använder ni en riskmatris (se tabell 8). Den är ett hjälpmedel för att avgöra om risken ska analyseras vidare eller inte.

- › Multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet för att se riskpoängen.
- › Riskpoängen bestämmer riskens position i riskmatrisen. Allvarliga risker med hög riskpoäng samlas i övre vänstra hörnet.
- › Riskpoängen är en hjälp att bedöma om risken är så allvarlig att analysen ska fortsätta med analys av bakomliggande orsak, åtgärdsförslag och metod för uppföljning.

TABELL 8. Riskmatris

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

Vilka risker ska analyseras vidare?

- › Alla risker med riskpoäng 8 eller mer.
- › För risker med riskpoäng 1–6 avgör analysteamet. Analysteamet ska noga överväga om det finns skäl att fortsätta analysen även om riskpoängen är låg.

Har ni i analysteamet tid kan ni välja att gå vidare med analysen för alla riskerna.

TIPS!

För risker med riskpoäng 1–6 kan följande fråga underlätta bedömningen av om analysen ska gå vidare:

Är allvarlighetsgraden så hög att risken bör förebyggas även om sannolikheten är liten?

EXEMPEL

Analysteamet identifierar tre risker för aktiviteten "lordningställa ordination". Varje risk får ett unikt nummer.

Riskerna är:

R1: Förväxling av läkemedel

R2: Förväxling av styrka

R3: Försvagad effekt, passerat utgångsdatum.

Analysteamet bedömer att möjligheten att förväxla olika läkemedel kan ge katastrofala konsekvenser, men att sannolikheten för detta är liten. Konsekvensen av att förväxla styrka bedöms som betydande, och sannolikheten för detta som stor. Båda dessa risker ger en riskstorlek på 8 eller mer.

Analysteamet beslutar att gå vidare med orsaksanalys för R1 och R2 (se figur 12).

Exemplet i detta kapitel följer fortsättningsvis den identifierade risken "R1: Förväxling av läkemedel".

FIGUR 12. Exempel på riskbedömning: analyschema med aktiviteter och risker för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning"

Titel på riskanalys: Infusion av antibiotika							
Identifiera risker och utför riskbedömning							
Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (Möjlighet att en negativ händelse inträffar) VAD?		Poäng			Fortsätta analys? Ja eller Nej Vid Ja - överför risken till formulär 2 och identifiera orsaker och åtgärder.
Id	Beskrivning	Risk-id	Beskrivning av risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	
2.3	Skriva etikett till infusionspåse						
3.1	Plocka fram antibiotika	3.1 R1	Förväxling av läkemedel	4	2	8	Ja
		3.1 R2	Förväxling av styrka	3	3	9	Ja
		3.1 R3	Försvagad effekt, passerat utgångsdatum	2	1	2	Nej

Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



Varje risk kan ha en eller flera orsaker. Ni i analysteamet ska identifiera de bakomliggande orsakerna.

Vad är en bakomliggande orsak?

En bakomliggande orsak finns oftast på systemnivå. När man riktar åtgärder mot bakomliggande orsaker minskar eller eliminerar man sannolikheten för att den negativa händelsen ska inträffa.

Bakomliggande orsaker finns oftast inom följande orsaksområden:

- › kommunikation och information
- › utbildning och kompetens
- › omgivning och organisation
- › teknik, utrustning och apparatur
- › procedurer, rutiner och riktlinjer.

Exempel på bakomliggande orsaker är bristande tillgång till utrustning, personalbrist och slangkopplingar som går att förväxla.

Använd varför-därför-metoden

Principen för att identifiera bakomliggande orsaker och koppla dem till åtgärdsförslag är densamma som används vid händelseanalys: varför-därför-metoden. För varje risk frågar ni ”Varför?” och svarar ”Därför att ...” upprepade gånger tills den bakomliggande orsaken är identifierad (se tabell 9).

Fråga efter orsaker i den egna verksamheten, men också efter orsaker högre upp i organisationen.

TABELL 9. Exempel på orsaksanalys med varför-därför-metoden

Moment	Fråga och svara
1	Risk: Förväxling av läkemedel.
2	Varför förväxlas läkemedel? Därför att de har lika namn och står bredvid varandra i läkemedelsrummet.
3	Varför står de bredvid varandra i läkemedelsrummet? Därför att läkemedel i läkemedelsrummet står i bokstavsordning.
4	Varför står läkemedel i bokstavsordning? Därför att ATC-kod inte har införts på avdelningen.
5	Varför har ATC-kod inte införts? Därför att förvaltningen inte har tagit ett principbeslut om att införa ATC-kod.

TIPS!

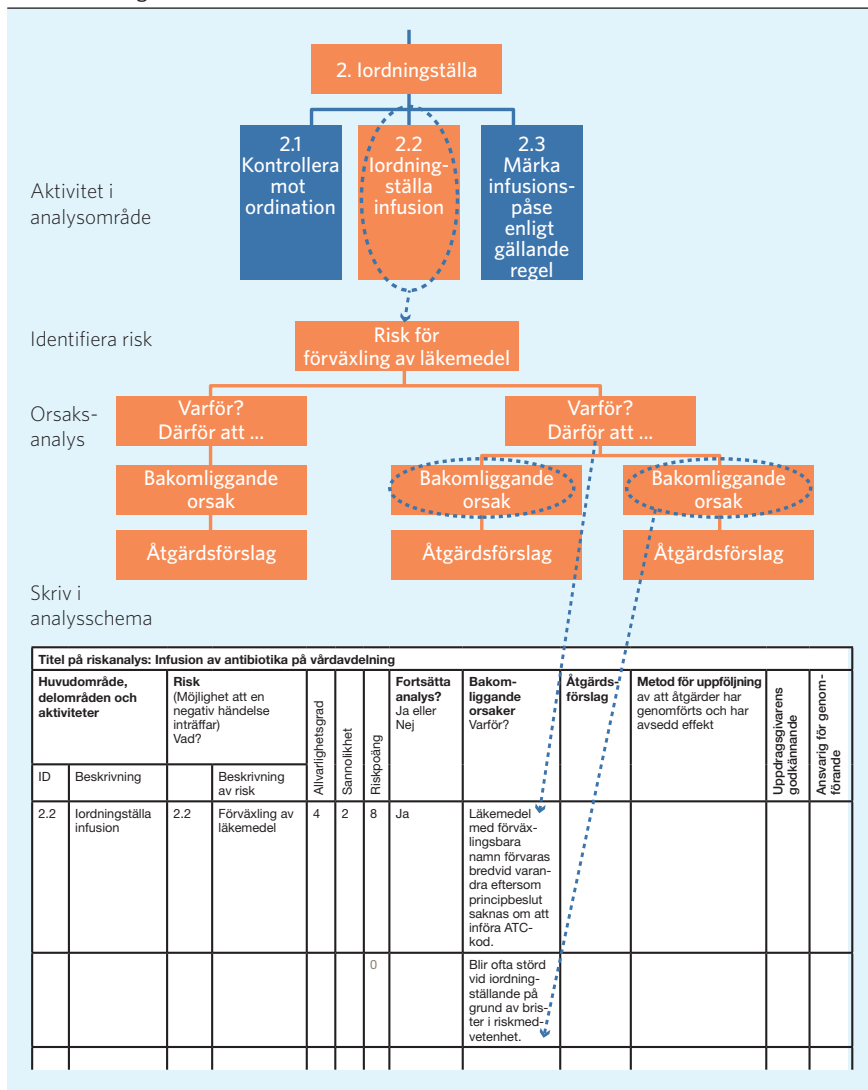
Ta reda på vad som är en bakomliggande orsak genom att fråga:
”Om den identifierade orsaken åtgärdas, förhindras eller minskar risken?”

Om svaret på frågan är ”ja” är det en bakomliggande orsak.

EXEMPEL

Analysteamet gör en orsaksanalys och identifierar den bakomliggande orsaken genom att fråga ”Varför?” och svara ”Därför att ...”. De bakomliggande orsakerna förs in i analyschemat (se figur 13).

FIGUR 13. Exempel på identifiering av bakomliggande orsaker för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning"



Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



När analysteamet har identifierat de bakomliggande orsakerna till riskerna ska ni föreslå åtgärder. Ställ frågorna:

- › Vad vill vi åstadkomma?
- › Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- › Vilka förändringar kan leda till en förbättring?
- › Vilka förändringar innebär en ny risk?

Arbetsgång

Analysteamet genomför följande steg:

TABELL 10. Arbetsgång

Moment	Gör så här:
1	Ta fram åtgärdsförslag kopplade till de bakomliggande orsakerna.
2	Analysera och kontrollera åtgärdsförslagen.
3	Föreslå en metod för att utvärdera åtgärderna.

Analysteamet tar fram åtgärdsförslag

Tänk på följande när ni tar fram åtgärdsförslag:

- › Basera åtgärdsförslagen på de bakomliggande orsakerna.
- › En bakomliggande orsak kan kräva flera åtgärder.
- › Åtgärderna ska vara konkreta och möjliga att följa upp.
- › Ta fram åtgärder som rör den egna verksamheten men också åtgärder som ska vidtas högre upp i organisationen.
- › Reflektera över vilken åtgärd på systemnivå som kan förändra den bakomliggande orsaken på ett positivt sätt. Finns det åtgärder som kan göra hela arbetsprocessen eller verksamheten säkrare?

Skriv in åtgärdsförslagen i analyschemat (se figur 14).

TIPS!

När analysteamet ska ta fram flera åtgärder för samma bakomliggande orsak kan analysledaren fråga efter åtgärder som kan genomföras omgående respektive på lång sikt.

Om ni identifierar många åtgärdsförslag är det bra att prioritera åtgärdsförslagen eftersom det är viktig information för uppdragsgivaren.

Ni kan även föreslå en tidplan och vem i organisationen som kan ansvara för att genomföra och följa upp åtgärden, till exempel verksamhetschefen.

Använd gärna mallen Handlingsplan för åtgärder. Den kan underlätta och tydliggöra redovisningen av åtgärder.

Ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Analysteamet analyserar och kontrollerar åtgärdsförslagen

Granska åtgärdsförslagen och bedöm deras relevans. Gör det med hjälp av följande frågor för varje åtgärdsförslag:

- › Bygger åtgärden på bästa tillgängliga kunskap? Har ni tagit del av relevant litteratur inom området?
- › Vad blir effekten av åtgärden?
 - › Elimineras den bakomliggande orsaken?
 - › Begränsas eller bevakas den bakomliggande orsaken?
 - › Är den bakomliggande orsaken sådan att den måste accepteras? Hur kan den i så fall tydliggöras?
- › Kan åtgärden skapa nya risker inom eller utanför verksamheten?
- › Hur påverkar åtgärden andra delar av processen eller verksamheten som inte är med i riskanalysen? Kan det vara negativt?
- › Kan åtgärden öka komplexiteten eller antalet steg i arbetsmomentet eller processen?
- › Finns åtgärder föreslagna på både verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå?
- › Har ni diskuterat åtgärder med dem som berörs av förändringen?

Åtgärder är olika effektiva. Tabell 11 ger exempel på åtgärder och deras kända effektivitet. När analysteamet tar fram förslag på åtgärder ska ni sträva efter att välja åtgärder som är mycket effektiva och som ökar säkerheten i hela systemet.

TABELL 11. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation/ dokumentation	Dubbelkontroller
Ändringar i enhetens fysiska utformning	Mindre arbetsbelastning	Visuella eller andra varningssignaler
Användartestning av ny utrustning/produkt före inköp	Användarvänligare it-stöd	Nya riktlinjer, protokoll och policyer
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning	Minskning/eliminering av störningar	Undervisning/utbildning
Förenkling av processen och minskning av antalet processteg	Minnesstöd, till exempel checklistor och lathundar	Fler studier/analyser
Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner	Minskning/eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/utseende Praktisk övning Motläsning av muntliga ordinationer Reservsystem för vanliga funktioner	

Analysteamet föreslår en metod för att utvärdera åtgärderna

Analysteamet ska föreslå en metod för att följa upp och utvärdera de åtgärder som ni föreslår. Uppdragsgivaren ansvarar för att utvärderingen genomförs (se vidare kapitel 3).

Utvärderingen ska visa om åtgärden har

- › genomförts
- › varit effektiv och minskat eller eliminerat risken.

Exempel på metoder för att utvärdera åtgärders effekt i verksamheten är att

- › ta fram enkel statistik, till exempel räkna hur många som följer en rutin under ett arbetspass
- › granska journaler
- › intervjua patienter och medarbetare
- › analysera medicinska resultat
- › göra enkäter
- › mäta och värdera tidsåtgången.

Skriv in förslag till metod för utvärdering i analyschemat.

TIPS!

Försök att hitta enkla sätt att utvärdera som inte kräver stora arbetsinsatser. Mätningen behöver inte vara heltäckande – det kan vara bra att upprepa den i stället.

Försök att ange målvärden för åtgärderna för att avgöra om effekten uppnåtts. Ett målvärde kan exempelvis vara att undersökningar med en viss medicinteknisk produkt ska ske utan driftstörning i 98 procent av fallen under 12 månader.

EXEMPEL

Analysteamet tar fram åtgärdsförslag till varje bakomliggande orsak och metod för uppföljning. Uppgifterna skrivs in i analysformatet (se figur 14).

FIGUR 14. Exempel på analysformatet med bakomliggande orsaker, åtgärdsförslag och metod för uppföljning för "Infusion av antibiotika på vårdavdelning"

Titel på riskanalys: Infusion av antibiotika på vårdavdelning												
Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (Möjlighet att en negativ händelse inträffar) Vad?		Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsätta analys? Ja eller Nej	Bakomliggande orsaker Varför?	Åtgärdsförslag	Metod för uppföljning av att åtgärder har genomförts och har avsedd effekt	Uppdragsgiv. godk.	Ansv. f. genomförande
Id	Beskrivning		Beskrivning av risk									
2.2	Iordningställa infusion	2.2	Förväxling av läkemedel	4	2	8	Ja	Läkemedel med förväxlingsbara namn förvaras bredvid varandra eftersom principbeslut saknas om att införa ATC-kod.	Begär att kommunförvaltningen beslutar att läkemedel förvaras efter ATC-kod i alla läkemedelsrum. Förvara läkemedel i läkemedelsförrådet sorterade efter ATC-kod.	Kontrollera efter 6 mån att principbeslut är fattat. Kontrollera efter 12 mån att förändringen genomförts. Kontrollera efter 1 mån att preparat med förväxlingsbara namn inte förvaras bredvid varandra. Uppföljande kontroll efter 6 mån.		
						0		Blir ofta störd vid iordningställande på grund av brister i riskmedvetenhet.	Då läkemedelsadministration pågår ska skylt "Stör ej" sättas på dörren till läkemedelsrummet. Diskutera regelbundet i personalgruppen att risker uppstår då man störs under läkemedelsadministration.	Följ upp antalet störningar i läkemedelsrummet med "pinnstatistik" i perioder om 3 dagar per månad i 6 mån. Följ upp efter 1 mån samt 12 mån att diskussioner förts i gruppen.		

Steg 6: Skriv slutrapport

Ansvarig: Analysledaren



Du som är analysledare ansvarar för att skriva en slutrapport. Analysteamet ska alltid ges möjlighet att påverka utformningen av rapporten. Riskanalysens omfattning och vilka som kan förväntas läsa rapporten avgör hur omfattande den ska vara. Resultatet bör också redovisas för uppdragsgivaren vid ett personligt möte. Vid mötet kan även verksamhetskunnig, hela eller delar av analysteamet och eventuellt representanter från andra berörda enheter delta.

Slutrapportens innehåll

En slutrapport från en omfattande riskanalys som ska läsas av många bör innehålla följande delar:

- › sammanfattning av riskanalysen
- › innehållsförteckning
- › bakgrund och inledning
- › uppdragsgivare
- › syfte
- › deltagare i analysteamet
- › metod
- › förutsättningar och antaganden som analysen är baserad på
- › resultat
- › åtgärdsförslag
- › slutsatser
- › uppdragsgivarens kommentarer
- › ordförklaringar
- › litteraturlista
- › analyschema och processbeskrivning (kan vara bilagor).

En mindre riskanalys kan avrapporteras i form av en kortare slutrapport som omfattar analyschemat kompletterat med uppgifter om syfte, uppdragsgivare, deltagare i analysteam, förutsättningar och antaganden som analysen bygger på samt slutsatser.

Du som analysledare bör också uppskatta hur mycket tid analysarbetet har tagit och bedöma om den avsatta tiden var tillräcklig.

TIPS!

Överväg vem som ska läsa slutrapporten och anpassa utformningen efter den tänka läsaren. Sträva efter att skriva enkelt och kortfattat.

Det finns två alternativa mallar för slutrapport att ladda ner, en mer omfattande slutrapport och en förenklad slutrapport. Det finns också en åtgärdslista för en tydligare redovisning av åtgärdsförslagen som med fördel kan kombineras med den förenklade slutrapporten.

Ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Regler för att lämna ut slutrapporten

Riskanalysen kan vara intressant för medier och andra som vill ta del av resultatet. Ta reda på vilka regler för att lämna ut handlingar som gäller i din verksamhet. Grundregeln inom offentlig verksamhet är att riskanalysen under pågående arbete är arbetsmaterial som inte behöver lämnas ut. När slutrapporten är upprättad är den däremot en allmän handling som kan lämnas ut om inte en sekretessprövning hindrar det. De delar av allmänna handlingar som är offentliga ska lämnas ut på begäran.

Steg 7: Besluta om åtgärder

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Det är uppdragsgivaren som ska ta ställning till analysteamets åtgärdsförslag och skriva in sina kommentarer i ett eget kapitel i slutrapporten. Se kapitel 3.

Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Det är uppdragsgivaren som ska utvärdera och följa upp åtgärder. Se kapitel 3.

KAPITEL 5

Händelseanalys: Metodbeskrivning för analysledare och analysteam

Här beskrivs metoden för händelseanalys i åtta steg, och med hjälp av konkreta exempel. Kapitlet vänder sig till dig som är analysledare eller deltagare i analysteamet.

En händelseanalys kan utföras när en händelse inträffat som medfört att en patient har kommit till allvarlig skada, eller kunde ha skadats allvarligt i vården. Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen inträffade. Den ger även information om vilka åtgärder som behövs för att förhindra att liknande händelser upprepas. I händelseanalysen ingår även att följa upp resultaten och sprida dem i verksamheterna.

Händelseanalysen ger svar på följande frågor:

- › Vad har hänt?
- › Varför har det hänt?
- › Hur förhindras en upprepning?

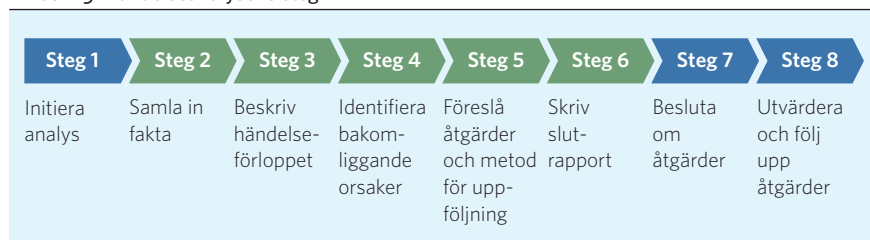
En händelseanalys svarar däremot inte på frågor om vem eller vilka som gjort fel. Syftet är att upptäcka brister som kan finnas i organisationen, till exempel inom områdena kommunikation, kompetens, arbetsmiljö, utrustning och rutiner.

Använd gärna det nationella it-stödet Nitha vid händelseanalyser (se avsnittet om Nitha i detta kapitel).

Händelseanalysens steg

En händelseanalys omfattar 8 steg (se figur 15).

FIGUR 15. Händelseanalysens steg



Steg 1, 7 och 8 är uppdragsgivarens ansvar. Analysledaren ansvarar för steg 2–6 som utförs tillsammans med deltagarna i analysteamet. Läs om roller och ansvar i kapitel 2.

Steg 1: Initiera analys

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Här beskrivs analysledarens roll vid initiering av en riskanalys. Läs om uppdragsgivarens roll i kapitel 3.

Uppdragsgivaren lämnar ett skriftligt uppdrag till analysledaren

Uppdraget ska alltid vara skriftligt. Du som analysledare tar emot uppdraget och sätter dig in i ärendet. Det gör du genom att analysera uppdragsbeskrivningen och samla in de fakta som krävs för att förstå och bedöma uppdraget.

Det skriftliga uppdraget bör innehålla information om

- › händelseförloppet
- › involverade verksamheter
- › omedelbart vidtagna åtgärder
- › tidsram för analysen
- › specifika frågor som du vill ha svar på
- › patient- och närståendemedverkan.

Uppskatta tidsåtgången i samråd med uppdragsgivaren

Innan personer tillfrågas att vara med i analysteamet bör du som analysledare uppskatta tidsåtgången. Tidsåtgången avgörs av händelseanalysens komplexitet och omfattning. Om många verksamheter är involverade kommer det ta tid att identifiera bakomliggande orsaker med åtföljande åtgärdsförslag på systemnivå. Hur många möten som krävs beror på den händelse som ska analyseras.

- › Det är vanligt att analysteamet träffas 1–2 gånger.
- › För varje möte bör 2–4 timmar avsättas.
- › Kom ihåg att avsätta tid för intervjuer.
- › För analysledaren krävs mer tid än för deltagarna i analysteamet. Tid behövs till exempel för att förbereda möten och skriva slutrapport. Utöver träffarna med analysteamet behöver analysledaren vanligtvis avsätta tid motsvarande minst en arbetsvecka. Mindre analyser tar kortare tid och större kan ta mer tid.

Händelseanalysen måste starta snabbt

En händelseanalys ska starta snart efter händelsen därför att

- › det är en stor påfrestning för alla inblandade
- › minnesbilderna fördunklas fort, och beskrivningen av händelsen kan förändras över tid.

Du som analysledare kommer överens med uppdragsgivaren redan vid starten om tider för avstämning medan analysen pågår och om återrapportering när analysen är klar.

Steg 2: Samla in fakta

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



Analysteamet bör noggrant samla in fakta om den inträffade händelsen. Ju mer information ni har tillgång till, desto lättare blir det att ta fram en uttömmande slutrapport med förslag på förbättringar som ökar patientsäkerheten. Faktainsamlingen startar i analysens steg 2 och fördjupas under det fortsatta arbetet.

Det är lämpligt att du som är analysledare besöker enheten där händelsen inträffade tillsammans med analysteamet. Där kan ni skaffa er en god bild av förhållandena.

Analysmaterialet ska vara avidentifierat så att det inte går att förstå vilken patient som beskrivs. Det ska också förvaras oåtkomligt för obehöriga.

Vidare ska det finnas tydliga rutiner inom organisationen för hur analysmaterialet ska hanteras efter att analysen är avslutad. Kontakta en jurist eller arkivarie i er organisation om ni är osäkra på hanteringen.

Nedan beskriver vi de viktigaste delarna av faktainsamlingen.

Analysteamet intervjuar relevanta personer

Intervjuer ökar förståelsen för hur och varför händelsen inträffat. Det är viktigt att försöka sätta sig in i den intervjuades situation förutsättningslöst, oberoende av vad man tror sig veta om de bakomliggande orsakerna. Att ha synpunkter i efterhand kan vara lätt, men att på djupet förstå ett handlande som orsakat en felhändelse kräver tid och tankearbete.

Analysteamet beslutar vilka som ska intervjuas. Uppdragsgivaren eller verksamhetschefen ansvarar för att informera och tillfråga dem, och samtidigt informera om syftet med händelseanalysen. Tänk på att göra intervjuerna så snart som möjligt så att minnesbilderna är aktuella.

Förbereda intervjuerna: Du som är analysledare behöver förbereda följande innan intervjuerna börjar:

- › Boka tid och plats för intervjuerna.
- › Se till att intervjuerna sker i så ostörd och lugn miljö som möjligt.
- › Utse två personer från analysteamet till varje intervju: en samtalsledare och en sekreterare. Sekreteraren antecknar och kan reflektera över samtalet och ställa kompletterande frågor.
- › Försök att inkludera personer med olika kompetenser och med erfarenhet av analysmetoden i intervjueteamet.
- › Bjud in till intervjuerna muntligt, och komplettera gärna med skriftlig information.

TIPS!

Ta gärna fram information om intervjun och händelseanalysen, och dela ut till dem som ska intervjuas.

Genomföra intervjuerna: Tänk på följande när ni genomför intervjuerna:

- › Berätta vilket mandat ni har för att genomföra händelseanalysen, hur analysen kommer att gå till och att intervjun är ett underlag för analysen.
- › Förklara varför ni är två intervjuare.
- › Börja med en öppen fråga och be personen beskriva händelsen. Ställ följdfrågor om något är oklart. Se intervjumall, ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys.
- › Fråga om något kunde ha varit till hjälp eller stöd för att påverka händelseförloppet.
- › Sammanfatta kort det viktigaste som har kommit fram innan ni avslutar intervjun, för att få en bekräftelse på att ni har uppfattat informationen korrekt.
- › Kom överens om hur analysteamet och den intervjuade ska hålla kontakt i fortsättningen.
- › Dokumentera intervjun snarast. Kom överens med den intervjuade om dokumentationen ska skickas till den intervjuade, och be i så fall om återkoppling inom några dagar.

Intervjuerna bör genomföras i form av personliga möten. I undantagsfall kan ni dock använda andra intervjuformer, till exempel telefonintervju och gruppintervju. Ni kan också telefonintervjua en redan intervjuad person för att få kompletterande information.

TIPS!

Informera om syftet med samtalet: ”Nu kommer vi att prata och jag kommer att föra anteckningar.”

En bra intervjufråga är till exempel: ”Vad var det egentligen som hände?”

Som avslutning, ställ frågan: ”Är det något jag har glömt att fråga om?”

Intervjua patienter och närstående: Ge alltid patienter möjligheten att ge sin bild, antingen i en intervju eller i skrift. Om patienten önskar bör ni också ge närstående denna möjlighet. Patienten och närstående upplever ofta händelseanalysen som ett stöd för att kunna gå vidare. Tänk på följande när ni intervjuar patienter och närstående:

- › Lyssna på vad patienten och de närstående har att berätta.
- › Beklaga eller be om ursäkt för det som hänt, om ni bedömer det som lämpligt.
- › Bortförklara inte det som hänt – det upplevs lätt som kränkande.
- › Agera så att patienten vågar ifrågasätta både vårdinsatserna och bemötandet.

Det ska finnas rutiner för hur man tar hand om patienter och närstående vid en allvarlig händelse. Dessa ska vara kända inom organisationen.

TIPS!

Intervjuer med patienter och närstående tar ofta längre tid än intervjuer med medarbetare. Räkna med 1–2 timmar för patienter och 0,5–1 timme för medarbetare.

Intervjua medarbetare som varit involverade i händelsen: Det kan vara en stor påfrestning för enskilda medarbetare att ha varit involverade i en händelse som lett till en utredning om en eventuell vårdskada. Det är viktigt att tidigt uppmärksamma händelsen och ge medarbetarna stöd. När ni intervjuar dessa medarbetare, fråga om de har fått hjälp och stöd. Om inte: Återkoppla till uppdragsgivaren.

Det ska finnas rutiner för hur man tar hand om medarbetare efter en inträffad händelse. Rutinerna ska beskriva insatser på både kort och lång sikt, och de ska vara kända inom organisationen.

Analysteamet tar del av skriftligt material

Det är värdefullt att studera litteratur inom patientsäkerhetsområdet. Ni kan lära er av liknande händelser genom att ta del av resultat från tidigare händelseanalyser inom er egen eller andras verksamheter, exempelvis genom det nationella it-stödet Nitha. Sådana resultat ska ni också referera till i slutrapporten.

Information som kan vara viktig för att förstå händelsen är

- › patientens journal
- › uppgifter ur den sociala journalen (gäller kommunal vård)
- › tekniska manualer
- › säkerhetsföreskrifter
- › rutiner
- › andra dokument som är relevanta för händelsen
- › fotografier av involverad utrustning eller omgivningar som har haft betydelse för händelseförloppet.

TIPS!

Analysteamet kan behöva gå tillbaka till att samla in fakta flera gånger under utredningen för att komplettera informationen.

EXEMPEL: Fallbeskrivning

Här beskrivs en allvarlig händelse som rör ett barn. Beskrivningen är ett konstruerat exempel och kan därför upplevas som ofullständig. Senare i kapitlet utreds händelsen steg för steg enligt metoden för händelseanalys.

Patienten, ett barn, besöker regelbundet barnvårdscentralen (BVC) för kontroll av tillväxt och utveckling. Sjuksköterskan på BVC har träffat familjen flera gånger. Allt bedöms som normalt och barnet har inte behövt göra några extrabesök.

Familjen kommer till BVC för 10-månaderskontroll hos läkare i början av januari. Läkaren på BVC upplever att barnet inte ger normal blickkontakt och tittar enbart åt vänster. Kurvan för huvudomfånget visar också en kraftig stegring. Föräldrarna tycker att barnet utvecklas normalt.

Läkaren på BVC skickar en remiss till barnklinikens mottagning. Remissen skickas via datajournalen. BVC-journalen som är en pappersjournal, kopieras och skickas med internposten till barnkliniken. Läkaren på BVC avser att skicka remissen elektroniskt till barnklinikens mottagning. Remissen skickas av misstag till barnklinikens jourmottagning. Till barnjourmottagningen kommer barn direkt hemifrån eller från vuxenakuten samt de barn som skickas akut från primärvården. När BVC-journalen i pappersform anländer till barnklinikens mottagning skannar sekreteraren på barnkliniken in BVC-journalen i en del av datajournalen, den så kallade komplementjournalen.

Tre veckor efter att remissen skickats till barnkliniken ringer föräldrarna BVC eftersom de inte hört något. Då skickar BVC-läkaren en akut remiss till barnklinikens jourmottagning och föräldrarna uppmanas att åka dit samma dag. Familjen kommer dit senare under dagen för ett läkarbesök. I remisstexten finns en hänvisning till ett ökat huvudomfång. Läkaren på barnklinikens jourmottagning kan dock inte ställa informationen i remissen i relation till tillväxtkurvan, eftersom BVC-journalen är inskickad i pappersform och inte uppfattas vara tillgänglig i datajournalen.

Läkaren på barnklinikens jourmottagning beslutar att invänta BVC-journalen för att göra en fullständig bedömning inför uppföljande åtgärder. När läkaren ser tillväxtkurvan av huvudomfång i BVC-journalen fem dagar efter läkarbesöket beställer läkaren en CT-undersökning av huvudet.

Familjen kommer till sjukhuset för en poliklinisk röntgenundersökning en fredag i slutet av januari. Röntgenbilderna visar en stor intrakraniell process. Barnet mår dock bra och verkar helt opåverkad under röntgenundersökningen. Röntgensvaret dokumenteras i datajournalen.

Läkaren som skrivit remissen ser remissvaret från röntgenkliniken i början av februari (tre dagar efter genomförd undersökning), och konsulterar neurokirurgiska kliniken. Läkaren på neurokirurgiska kliniken svarar att man kan avvakta med att göra magnetkameraundersökning (MR) denna vecka eftersom barnet mår bra. Läkaren på neurokirurgiska kliniken uppfattar neurologstatusen som beskrivs vid telefonkonsultationen som en beskrivning av hur barnet mår nu och förutsätter att barnet finns på sjukhuset. För läkaren på barnkliniken är det självklart att barnet är hemma då all vård varit poliklinisk.

Under natten kommer barnet in med ambulans till akutmottagningen. Barnet är medvetandesänkt och har en klinisk bild av hotande hjärnstamsinlämning. Barnet intuberas och förs omedelbart till operation, men barnets liv går inte att rädda.

Steg 3: Beskriv händelseförloppet

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



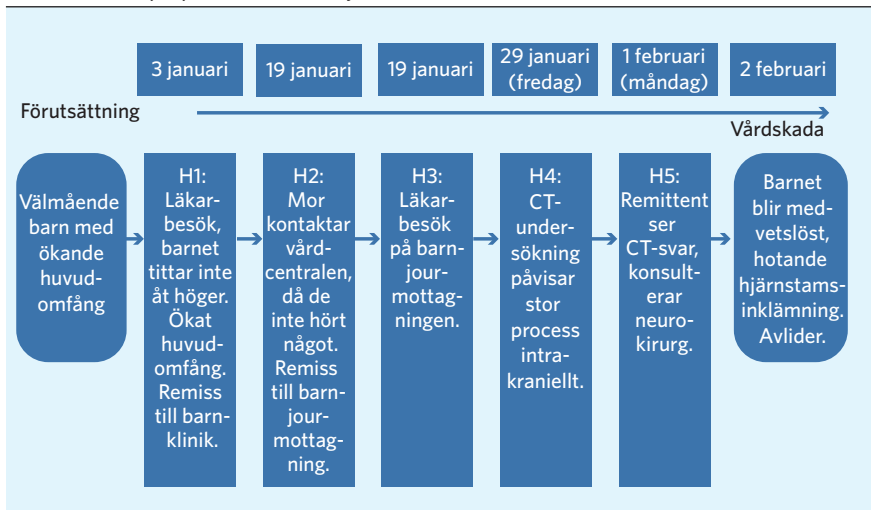
När fakta är insamlade ska analysledaren tillsammans med analysteamet beskriva händelseförloppet utifrån dessa fakta. Beskrivningen blir sedan underlag för den fortsatta analysen.

Vad är en händelsebeskrivning?

En händelsebeskrivning är en beskrivning av händelseförloppet i kronologisk ordning. Den innehåller nödvändiga detaljer, men ska inte vara alltför omfattande. All information ska vara välgrundad. Tänk också på att beskriva händelsen förutsättningslöst, utan att värdera det som hänt. Händelsebeskrivningen är inte en sammanfattning av patientens sjukdomshistoria utan ett urval väsentliga aspekter av sjukdomshistorien.

Beskriv händelsen i både en händelsekedja (se figur 16) och en text. Händelsekedjan behövs för att analysteamet ska kunna genomföra en orsaksanalys och komma fram till de bakomliggande orsakerna. Texten som ni börjar skriva i detta skede ligger till grund för slutrapporten.

FIGUR 16. Exempel på en händelsekedja



Arbetsgång

Så här kan arbetsgången för händelsebeskrivningen se ut:

TABELL 12. Arbetsgång för händelsebeskrivning

Moment	Gör så här:
1	Analysledaren tar fram ett utkast till text och händelsekedja.
2	Analysteamet diskuterar utkastet och tillför detaljer.
3	Analysteamet godkänner utkastet med eventuella tillägg.
4	Analysledaren redigerar utkastet.
5	Analysteamet godkänner texten och händelsekedjan slutgiltigt.

Analysteamet formulerar händelsekedjan

Så här formulerar ni händelsekedjan:

TABELL 13. Händelsekedja

Moment	Gör så här:
1	Sammanfatta de viktigaste förutsättningarna för händelsen.
2	Beskriv alla delhändelser som påverkat händelsen i kronologisk ordning. Delhändelserna kan bli ganska många - ta med allt som bedöms vara relevant.
3	Beskriv vilken konsekvens händelsen fått för patienten.
4	Stryk de delhändelser som efter en närmare granskning visar sig inte ha påverkat händelsen och inte ger någon vägledning för den fortsatta analysen. Försök att finna felhändelser för att identifiera vilka delhändelser som ska vara kvar (se nedan).

TIPS!

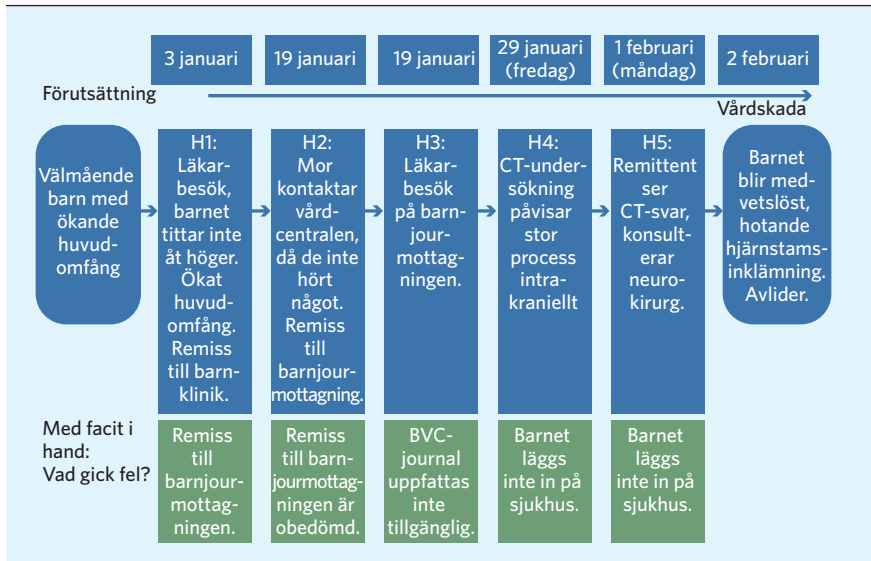
Illustrera händelsekedjans start- och stoppunkter med ellipser och delhändelserna med rektanglar. Då blir elementen tydligt åtskilda.

Fallets komplexitet avgör hur detaljerad händelsekedjan blir. Ibland måste man avgränsa händelsen för att underlätta arbetet, det vill säga lägga start- och stoppunkterna närmare varandra.

Finna felhändelser: I den slutgiltiga händelsekedjan kan några delhändelser finnas med för att tydliggöra sammanhanget, men inte bli föremål för vidare analys av orsaker. Ni kan också behöva slå ihop flera delhändelser till en ny delhändelse. För att identifiera vilka delhändelser som ska vara kvar kan ni försöka finna felhändelser. Det innebär att ni beskriver sådant som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse.

Formulera varje felhändelse på ett sätt som gör det möjligt att bygga en orsakskedja i anslutning till beskrivningen av delhändelsen. Det ska gå att ställa frågan ”Varför?” till felhändelsen (se figur 17).

FIGUR 17. Exempel på händelsekedja med felhändelser i anslutning till varje delhändelse



Att tänka på: Tänk på följande när ni formulerar händelsekedjan:

- › Formulera delhändelserna och felhändelserna kort, enkelt och så begripligt att både direkt och indirekt involverade personer kan förstå händelsen. Använd inga värderande ord.
- › Nämn inga namn i händelsekedjan. Ange funktion i stället.
- › Notera tidpunkter för varje delhändelse.
- › Diskutera händelseförloppet i analysteamet tills alla har samma överblick, kunskap och insikt om vad som hänt.
- › Arbeta gärna med alternativa händelsekedjor om ni är oeniga om vad som hänt.
- › Om ni fortfarande inte kan komma överens: Diskutera frågan med uppdragsgivaren.

Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



När händelseförloppet är beskrivet ska analysteamet gemensamt identifiera möjliga orsaker till att olika felhändelser inträffat. Både analysledaren och den verksamhetskunniga ansvarar för att alla i analysteamet kommer till tals och för att gruppdynamiken är konstruktiv.

Vad är en bakomliggande orsak?

En bakomliggande orsak finns oftast på systemnivå. När man riktar åtgärder mot bakomliggande orsaker så minskar eller eliminerar man sannolikheten för att den negativa händelsen upprepas.

Bakomliggande orsaker finns oftast inom följande orsaksområden:

- › kommunikation och information
- › utbildning och kompetens
- › omgivning och organisation
- › teknik, utrustning och apparatur
- › procedurer, rutiner och riktlinjer.

Exempel på bakomliggande orsaker är bristande tillgång till utrustning, bristande schemaläggning och avsaknad av rutiner.

Analysteamet skapar en orsakskedja

För att identifiera händelsens bakomliggande orsaker behöver ni skapa en orsakskedja. I detta skede av analysen är det viktigt att ha ett ”helikopterperspektiv”. Lyft blicken och fundera över följande i en öppen dialog:

- › Varför kunde detta hända?
- › För varje delhändelse där det finns en felhändelse: Fråga och svara ”Varför?”, ”Därför att ...”, ”Varför?”, ”Därför att ...”, upprepade gånger tills det inte längre är meningsfullt att fråga vidare (se tabell 12).
- › Ställ *inte* frågan ”Vem?” eller ”Vilka?”.

TABELL 12. Exempel på orsaksanalys med varför-därför-metoden

Moment	Fråga och svar
1	Varför gick inte remissen till rätt ställe? Därför att det finns flera ställen att skicka remissen till.
2	Varför blir inte remissen bedömd? Därför att inkomna remisser inte kontrolleras, utan besöken styrs av de barn som finns i väntrummet.
3	Varför kontrolleras inte remisser? Därför att den befintliga rutinen inte är tillräckligt känd.

Notera svaren på varför-frågorna och rita in varje svar i händelsekedjan (se figur 18).

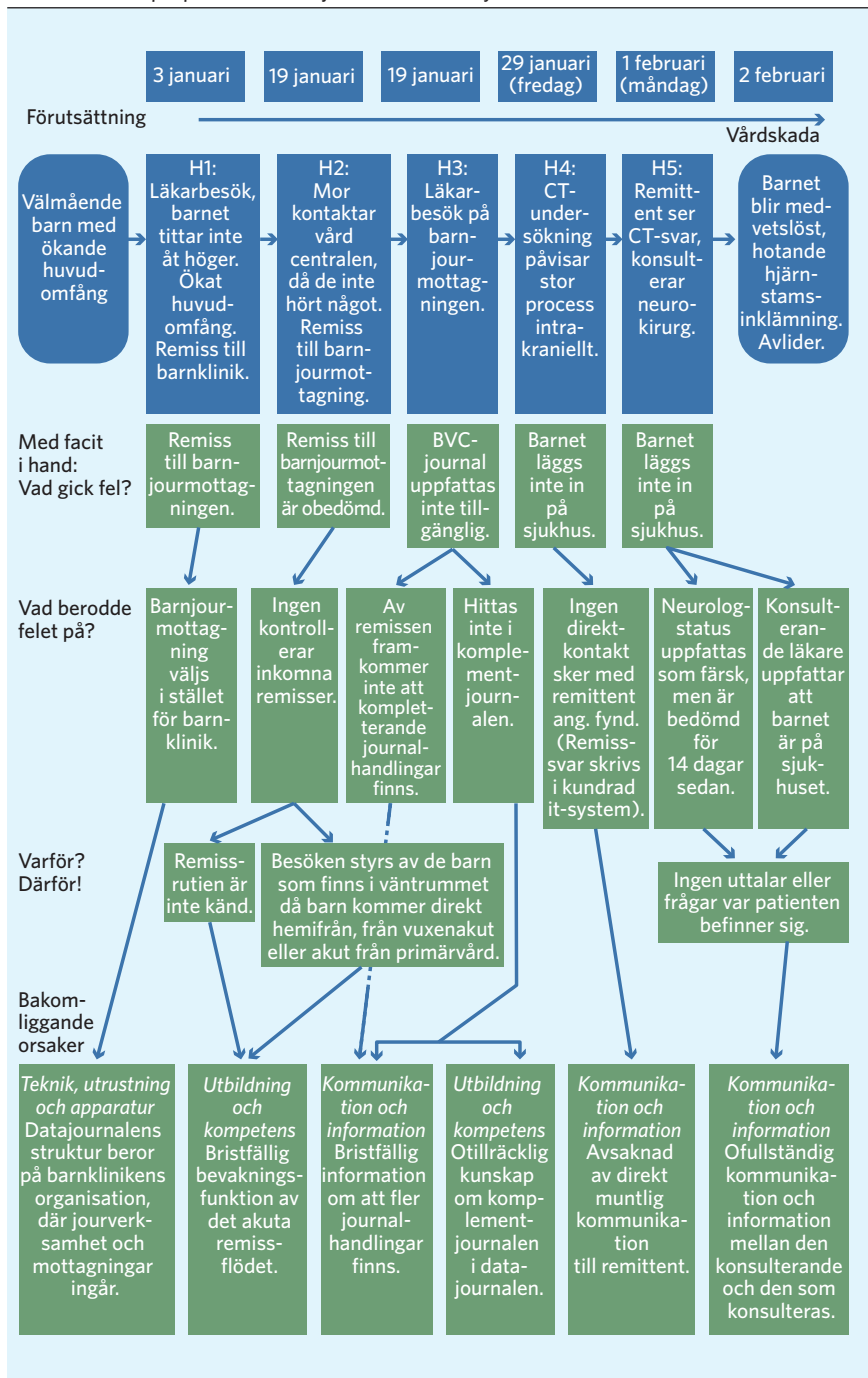
TIPS!

Ni kan notera svaren på tavla, på klisterlappar, på blädderblock, direkt i dator eller direkt i analysgrafen i Nitha (se avsnittet om Nitha i detta kapitel).

Att tänka på: Tänk på följande när ni skapar orsakskedjan:

- › Beskriv orsakerna klart och tydligt så att sambandet mellan orsak och verkan framgår.
- › Undvik negativa beskrivningar. Det betyder att ni ska undvika generella värderande uttryck som ”bristande rutiner”, och i stället beskriva på vilket sätt rutinerna var bristande.
- › Varje mänskligt fel kan ha en eller flera bakomliggande orsaker.
- › Att någon inte har följt rutinerna är inte en bakomliggande orsak, eftersom själva överträdelsen har en orsak. Gå därför vidare i analysen och granska hur man reviderar instruktioner och rutiner på enheten.
- › Att någon har underlåtit att agera kan vara en bakomliggande orsak om det finns en välbeskriven och välkänd skyldighet att agera. Det kan vara en vedertagen praxis, ett vårdprogram, pm eller riktlinjer.
- › Har bakomliggande orsaker identifierats utifrån olika perspektiv, både på verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå?

FIGUR 18. Exempel på händelsekedja med orsaksanalys



Analysteamet kontrollerar orsakskedjan

När analysteamet har skapat orsakskedjan bör ni gå tillbaka till svaren och kontrollera att ni inte har glömt något orsaksområde. Ni kan behöva upprepa denna kontroll flera gånger innan analysen är färdig. Se bilaga 1, Kompletterande frågor för identifiering av bakomliggande orsaker.

Ni kan också kontrollera orsakskedjan genom att följa den både uppifrån och ner (från felhändelse till bakomliggande orsak) och nerifrån och upp (från bakomliggande orsak till felhändelse).

För varje bakomliggande orsak, ställ också frågan: Om denna orsak elimineras, begränsas eller bevakas – kan vi förhindra eller minska risken att en liknande händelse inträffar? Om svaret är ”ja” kan ni konstatera att ni har identifierat den eller de bakomliggande orsakerna till händelsen.

Varje bakomliggande orsak kategoriseras enligt områdena i bilaga 1 (se figur 18).

TIPS!

Ibland är det svårt att skilja på vad som är en händelse och vad som är en orsak. Vilket val ni gör är dock inte avgörande för analysens slutresultat.

Analysteamet dokumenterar bifynd och presenterar i slutrapporten

När ni identifierar bakomliggande orsaker kan ni upptäcka bifynd eller risker som egentligen inte direkt har orsakat händelsen. Dokumentera alltid sådana bifynd och risker, och presentera dem i analysens slutrapport.

Analysledaren kontaktar uppdragsgivaren om någon har brustit i sin yrkesutövning

Ibland går det inte att identifiera några bakomliggande orsaker på systemnivå. Felhändelsen beror i stället på att en enskild medarbetare har brustit i sin yrkesutövning. Det kan till exempel bero på oaktsamhet, bristande kunskap, sjukdom eller missbruk. I dessa fall ska du som är analysledare kontakta uppdragsgivaren som tar över ansvaret för vidare utredning och åtgärder. Uppdragsgivaren hanterar problemet enligt gällande lagstiftning och lokala rutiner.

Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

Ansvarig: Analysledaren och analysteamet



När analysteamet har identifierat händelsens bakomliggande orsaker ska ni föreslå åtgärder utifrån det insamlade materialet (se figur 19). Det är viktigt att ta sig tid att reflektera över vilken åtgärd på systemnivå som på ett positivt sätt kan förändra den bakomliggande orsaken. Ställ frågorna:

- › Vad vill vi åstadkomma?
- › Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- › Vilka förändringar kan leda till en förbättring?
- › Vilka förändringar innebär en ny risk?

Arbetsgång

Analysteamet genomför följande steg:

TABELL 13. Analysteamets steg

Moment	Gör så här:
1	Föreslå åtgärder kopplade till de bakomliggande orsakerna.
2	Analysera åtgärdsförslagen: Bedöm om respektive åtgärd kan eliminera, begränsa eller bevaka den bakomliggande orsaken.
3	Föreslå en metod för att utvärdera åtgärderna.

TIPS!

Läs om mål, mätbara metoder och journalgranskning i skriften "Att mäta för att veta" från Sveriges Kommuner och Landsting.

Använd gärna mallen Handlingsplan för åtgärder för att få hjälp att strukturera åtgärdsförslagen. Ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Åtgärderna ska fungera som barriärer

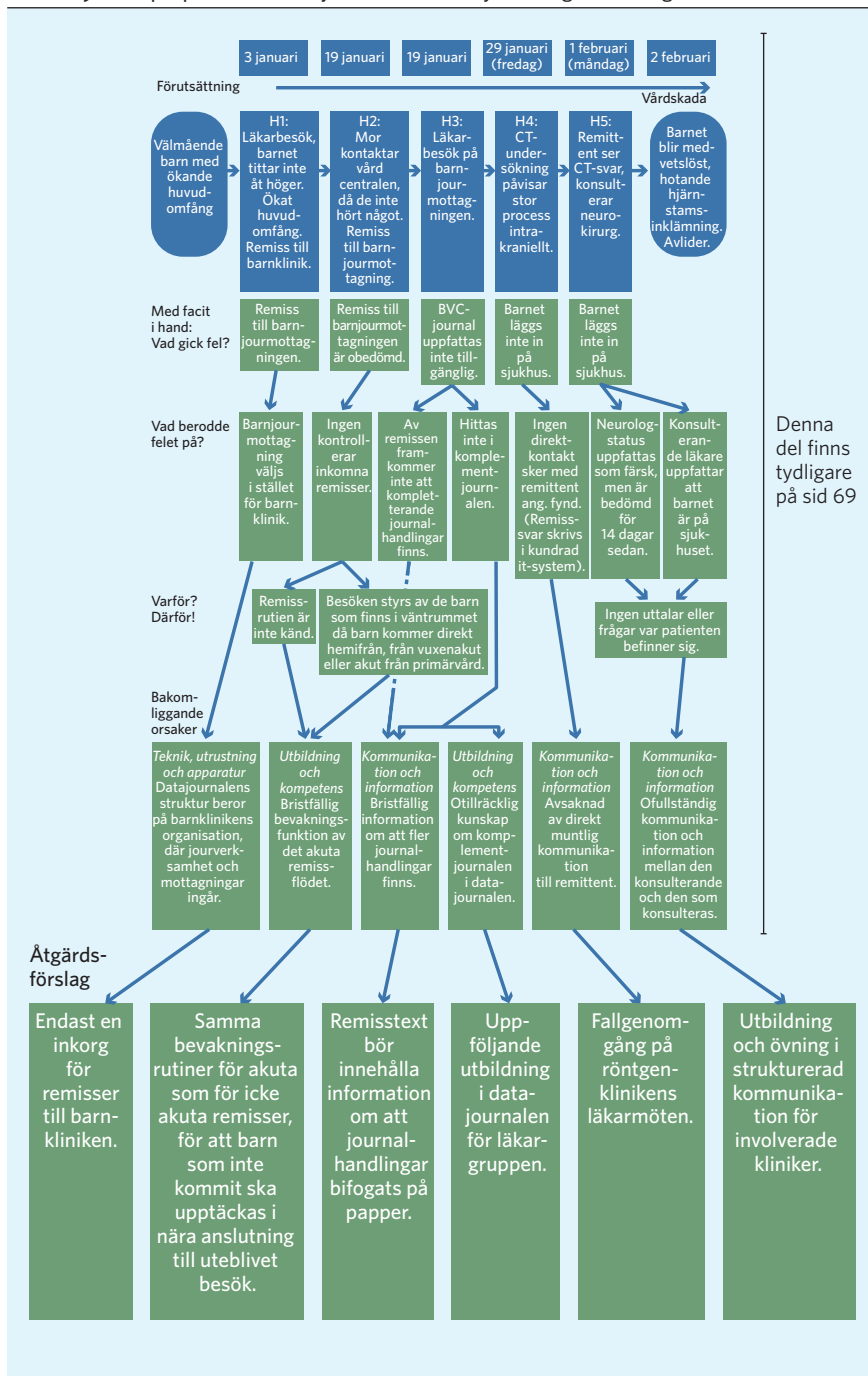
De åtgärder som ni föreslår ska fungera som barriärer – de ska skydda mot vårdskador. Barriärer motverkar negativa händelser eller begränsar konsekvenserna av negativa händelser.

Barriärerna kan delas in i olika typer (se tabell 14).

TABELL 14. Barriärer

Typ av barriär	Kännetecken	Exempel	Effektivitet
Teknisk eller fysisk barriär	Verkar utan att människan behöver förstå eller känna till dess verkan.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teknik som hindrar människan från att göra fel ➤ Dörrar ➤ Låsta skåp ➤ Kodord 	Anses motståndskraftig och därmed mycket effektiv.
Symbolisk barriär	Fordrar att människan kan tolka innebörden av ett budskap.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Larm ➤ Journalhandlingar märkta med varningstriangel 	Är lätt att bortse från och därmed mindre effektiv.
Administrativ barriär	Fungerar om människan har lärt sig dess innehåll och minns funktion och tillvägagångssätt.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Checklistor ➤ Lagar ➤ Föreskrifter ➤ Rutiner och riktlinjer 	Anses vara mindre effektiv än både tekniska och symboliska barriärer.

FIGUR 19. Exempel på händelsekedja med orsaksanalys och åtgärdsförslag



Analysteamet analyserar åtgärdsförslagen

Bedöm era åtgärdsförslag med hjälp av följande frågor, för att få svar på om åtgärderna kan fungera som relevanta, effektiva och robusta barriärer mot vårdskador:

- Kommer åtgärderna att förhindra att händelsen upprepas?
- Bygger åtgärderna på bästa tillgängliga kunskap? Har ni tagit del av relevant litteratur inom området?
- Kan åtgärderna medföra nya, icke acceptabla risker inom eller utanför verksamheten?
- Kan åtgärderna öka komplexiteten eller antalet steg i arbetsmomentet eller processen?
- Har ni diskuterat åtgärderna med dem som berörs av förändringen?
- Kan personer som inte deltagit i analysen förstå era åtgärdsförslag?
- Är åtgärdsförslagen konkreta?
- Finns åtgärder föreslagna på både verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå?
- Kan åtgärderna prövas i liten skala innan de genomförs i full skala?
- Går det att följa upp om åtgärderna fått avsedd effekt?

TABELL 15. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation/dokumentation	Dubbelkontroller
Ändringar i enhetens fysiska utformning	Mindre arbetsbelastning	Visuella eller andra varnings-signaler
Användartestning av ny utrustning/produkt före köp	Användarvänligare it-stöd	Nya riktlinjer, protokoll och policyer
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning	Minskning/eliminering av störningar	Undervisning/utbildning
Förenkling av processen och minskning av antalet processsteg	Minnesstöd, till exempel checklistor och lathundar	Fler studier/analyser
Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner	Minskning/eliminering av produkter eller preparat med liknande namn/utseende Praktisk övning Motläsning av muntliga ordinationer Reservsystem för vanliga funktioner	

Tabell 15 ger exempel på åtgärder och deras kända effektivitet. Mycket effektiva åtgärder är de åtgärder som anses vara mest verkningsfulla. Sträva alltid efter att vidta mycket effektiva åtgärder. När detta inte är möjligt kan man vidta effektiva eller begränsat effektiva åtgärder.

Analysteamet föreslår en metod för att utvärdera åtgärderna

Analysteamet ska föreslå en metod för att följa upp och utvärdera de åtgärder som är föreslagna. Uppdragsgivaren ansvarar sedan för att utvärderingen genomförs (se kapitel 3).

Utvärderingen ska visa om åtgärden har

- › genomförts
- › varit effektiv och minskat eller eliminerat risken.

Exempel på metoder för att utvärdera åtgärders effekt i verksamheten är att

- › ta fram enkel statistik, till exempel räkna hur många som följer en rutin under ett arbetspass
- › granska journaler
- › intervjua patienter och medarbetare
- › analysera medicinska resultat
- › göra enkäter
- › mäta och värdera tidsåtgången.

Steg 6: Skriv slutrapport

Ansvarig: Analysledaren



Du som är analysledare ska ta fram ett utkast till slutrapport så snart som möjligt efter att analysteamet kommit överens om händelsebeskrivningen, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag. Där sammanställer du allt material från analysteamet. Slutrapporten blir sedan underlag för uppdragsgivarens beslut om åtgärder.

Vem ska läsa slutrapporten?

Slutrapporten är i första hand till för enhetens förbättringsarbete. Medarbetarna ska alltså använda den som underlag för det fortsatta arbetet med att genomföra åtgärder. Slutrapporten blir en allmän handling när den upprättas inom offentlig verksamhet.

Om den analyserade händelsen är lex Maria-anmäld ska slutrapporten också skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Inom den kommunala vården skickar man dessutom ofta slutrapporten till kommunen, även om analysen har genomförts hos en privat vårdgivare.

Slutrapporten ska vara avidentifierad

Slutrapporten är en del i ett utredningsmaterial där det är oväsentligt vem eller vilka personer som berörts av händelsen. Den syftar till att förbättra patientsäkerheten, inte dokumentera patientens vård och behandling. Därför ska slutrapporten vara avidentifierad.

Avidentifiering underlättar också utlämnandet när handlingen blir allmän efter att slutrapporten är klar.

Tänk på att utesluta

- › namn, personnummer, avvikelsenummer eller andra data som kan identifiera patienten
- › namn eller andra data som kan identifiera involverade medarbetare.

Arbetsgång

Så här ser arbetsgången för att ta fram slutrapporten ut:

TABELL 16. Arbetsgång för slutrapport

Moment	Gör så här:
1	Analysledaren skriver ett utkast till slutrapport och skickar till analysteamet.
2	Analysteamets medlemmar godkänner eller kommenterar utkastet.
3	Analysledaren kallar till möte om analysteamet har gett kommentarer som skulle kunna förändra resultatet.
4	Analysteamet enas om slutrapportens utformning.
5	Analysledaren skickar slutrapporten till uppdragsgivaren, eller återkopplar vid ett möte.
6	Uppdragsgivaren tar över ansvaret och kompletterar slutrapporten med sina kommentarer, godkänner den formellt och upprättar en handlingsplan.

Slutrapportens innehåll

I slutrapporten ska det framgå

- › vad som har hänt
- › vilka liknande händelser som tidigare har inträffat i verksamheten
- › vilka bakomliggande orsaker som analysteamet har identifierat
- › vilka åtgärder som har vidtagits omedelbart
- › vilka åtgärdsförslag som är kopplade till respektive bakomliggande orsak
- › vilka bifynd som analysteamet har identifierat (dokumenterade under en egen rubrik)
- › hur lång tid analysen har tagit
- › vilka kommentarer som uppdragsgivaren har lämnat, vem som är uppdragsgivare och vilka som har deltagit i analysteamet.

Slutrapporten ska också innehålla en sammanfattning av händelseanalysen, en innehållsförteckning, metod, bakgrund och inledning samt bilagor (händelsekedja inklusive orsaksanalys, åtgärder och handlingsplan för åtgärder). Den kan också innehålla en beräkning av vårdskadekostnader som händelsen har genererat i form av förlängd vårdtid och förhöjd vårdnivå, exempelvis från vårdavdelning till intensivvård.

TIPS!

Använd gärna mallen Slutrapport för händelseanalys.

Ta hjälp av mallen Analysledarens checklista för att kontrollera att du som analysledare gått igenom alla steg i analysen.

Ta även hjälp av en annan erfaren analysledare som kvalitetsgranskar din analys (se mallen Kvalitetsgranskarens checklista). Kvalitetsgranskning är bra att göra innan analysen lämnas till uppdragsgivaren.

Ladda ner mallarna på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Steg 7: Besluta om åtgärder

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Det är uppdragsgivaren som ska ta ställning till analysteamets åtgärdsförslag och skriva in sina kommentarer i ett eget kapitel i slutrapporten. Se kapitel 3.

Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder

Ansvarig: Uppdragsgivaren



Det är uppdragsgivaren som ska utvärdera och följa upp åtgärder. Se kapitel 3.

Nationellt it-system för händelseanalyser (Nitha)

Det nationella it-stödet Nitha stödjer arbetet med händelseanalyser och gör analysresultat tillgängligt för nationellt lärande. Nitha ska ge ansvariga i hälso- och sjukvården en samlad översikt av händelseanalysernas resultat, så att man kan lära och dra slutsatser och därmed öka patientsäkerheten. Nitha ska också underlätta för alla som använder it-stödet att identifiera systemberoende orsaker till negativa händelser, genom en standardiserad och kvalitets-säkrad arbetsmetod.

Med hjälp av Nitha kan alla vårdgivare som är anslutna till kommunikationsnätet Sjunet genomföra händelseanalyser på ett standardiserat sätt, med en gemensam terminologi.

Nitha består av en operativ del och en öppen sökbar kunskapsbank.

Den operativa delen innebär att

- › enbart analysledare, analysexperten och teammedlemmar med särskild inloggning har tillgång till verktyget
- › behörigheter och roller är personligt fördelade
- › uppgifter kan matas in i databasen
- › analysgrafiken går att rita direkt i applikationen och sedan förs data över automatiskt till preliminärreporten för att underlätta skrivandet
- › olika mallar underlättar arbetet, till exempel för preliminärreporter, slutrapporter och handlingsplaner
- › verksamhetens händelseanalyser finns tillgängliga i form av sökbar statistik.

Den sökbara kunskapsbanken för dem som är anslutna till Sjunet innehåller

- › kvalitetsgranskade händelseanalyser från alla som använder Nitha
- › sökbar statistik.

Ordförklaringar

avvikelse	negativ händelse eller tillbud
avvikelsehantering	rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (Socialstyrelsens termbank)
bakomliggande orsak	orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
barriär	funktion som förhindrar en negativ händelse eller begränsar konsekvensen av en negativ händelse
felhändelse	något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
händelse	avgränsat, iakttagbart skeende
händelseanalys	systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
möjliga orsaksområden	grupperade områden där orsaker erfarenhetsmässigt kan återfinnas
negativ händelse	händelse som medfört vårdskada
orsaksanalys	systematisk identifiering och bedömning av orsaker och bakomliggande orsaker till tillbud, negativa händelser och risker
patientsäkerhet	skydd mot vårdskada (Socialstyrelsens termbank)
patientsäkerhetsarbete	arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser (Socialstyrelsens termbank)
risk	möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
riskanalys	systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang (Socialstyrelsens termbank)
riskhantering	rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskador samt för att återföra erfarenheter
tillbud	händelse som kunde ha medfört vårdskada men som inte gjorde det
vårdepisod	samtliga vårdkontakter med en patient för ett visst hälsoproblem (Socialstyrelsens termbank)
vårdgivare	statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank)
vårdskada	lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsens termbank)
vårdskadekostnad	merkostnad som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid eller vård på högre vårdnivå
vårdtid	tid under vilken ett vårdtillfälle äger rum (Socialstyrelsens termbank)
vårdtillfälle	vårdkontakt i sluten vård (Socialstyrelsens termbank)

Förkortningar

MTO	människa-teknik-organisation
PDSA	Plan Do Study Act
RCA	Root Cause Analysis
HFMEA	Healthcare Failure Mode Effect Analysis
HRO	High Reliability Organisations
FRAM	Functional Resonance Analysis Method

Officemallar

Här följer en lista på mallar att ladda ner på webbutik.skl.se, sök på Riskanalys och händelseanalys

Riskanalys

Uppdragsbeskrivning (Word)

Analysområde (version i Word)

Analysområde (version i Powerpoint)

Analysschema (version i Excel)

Analysschema (version i Word)

Slutrapport riskanalys (Word)

Förenklad slutrapport för riskanalys (Word)

Handlingsplan för åtgärder (Word)

Händelseanalys

Uppdragsbeskrivning (Word)

Uppdragsgivarens checklista (Word)

Intervjumall (Word)

Analysledarens checklista (Word)

Kvalitetsgranskarens checklista (Word)

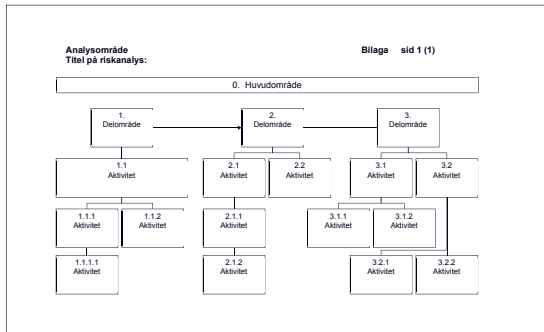
Slutrapport för händelseanalys (Word)

Handlingsplan för åtgärder (Word)

Riskanalys

Förvaltning/enhet	Ev. egen logotyp
Uppdragsbeskrivning för riskanalys (Anvisningar är skrivna med kursiv text och ska lösas först.)	
Uppdragsgivare <i>Går det utöver verksamhetschef som beslutat att genomföra analysen och som ansvarar för att beslutat om att verkställa löpårsåtgärdsplanen.</i>	
Bakgrund <i>Beskriv varför riskanalysen ska genomföras.</i>	
Uppdrag <i>Beskriv:</i> <ul style="list-style-type: none">• riskanalysens namn• uppdraget och följesällningarna• syfte och mål• vilka områden eller vilka processer som uppdraget omfattar• om analysen gäller en befintlig process eller en förändring• vid analys av en förändring: om analysen gäller själva genomförandet eller när förändringen är genomförd• organisationer – vilka enheter, verksamheter och organisationer som omfattas, och vilka delar av området eller processen som inte ska omfattas.	
Analysteam och resurser <i>Beskriv vilka styrgrupper, vilka verksamhetsföreträdare och vilken kompetens som blir ingått i analysarbetet. Ange också vilka resurser som ska användas, utbildad, ekonomiskt med mera.</i>	
Analysledare och verksamhetskundning <i>Angi ansvarslösens namn. Den ska utvärdera. Ange också namnet på en verksamhetskundning som kan följa analysledaren.</i>	
Patientmedverkan <i>Gå försök på hur patienter och närstående kan involveras i riskanalysen.</i>	
Tidsperspektiv <i>Angi när riskanalysen ska vara klar.</i>	
Rapportering <i>Angi hur riskanalysens resultat ska rapporteras, tidpunkt och till vem.</i>	
Underskrift av uppdragsgivare	

Uppdragsbeskrivning (Word)



Analysområde (version i Word)

Analysområde (version i Powerpoint)

Analyschema, formulär 1						
Titel på riskanalys:						
Huvudområde, delområden och aktiviteter		Risk (Möjlighet att en negativ händelse inträffar) Vad?		Ansvarig/enhet	Samordnare	Fortsätta analys. Ja eller Nej. Vid Ja – överför risken till formulär 2
Id	Beskrivning	Risk-öf	Beskrivning av risk			

Analyschema (version i Excel)

Analyschema (version i Word)

Logotyp

Mall
– slutrapport för riskanalys

Den text som är skriven med kursiv stil är anvisningar för vad du bör skriva i rapporten under respektive avsnitt. Kom ihåg att ta bort all kursiv text i den slutliga rapporten. Den text som **inte** är skriven med kursiv stil kan du komplettera och använda i den slutliga rapporten.

Risicanalys

Rubrik
(ange namnet på riskanalysen, och vilka områden analysen omfattar)

Månad År

Analysledare:
N N
enhet

Logotyp

Mall
– förenklad slutrapport för riskanalys

Den kursiva texten är anvisningar för vad du bör skriva i rapporten under respektive avsnitt. Kom ihåg att ta bort all kursiv text i den slutliga rapporten. Den text som **inte** är kursiv kan du komplettera och använda i den slutliga rapporten.

Risicanalys

Rubrik
(ange namnet på riskanalysen)

Analysledare:
N N
enhet

Sida 1 av 4

Slutrapport för riskanalys
(Word)

Förenklad slutrapport för riskanalys
(Word)

Handlingsplan för åtgärder efter riskanalys

Rubrik på riskanalys: _____ Diarienummer: _____ Uppföljningsdatum: _____
 Uppdragsgivare: _____ Verksamhetsområde: _____ Ansvarig för uppföljning: _____

Åtgärdsförslag		Åtgärder att vidta				Effekt av åtgärder		
		Genomföra åtgärdsförslaget? (Ja/Nej)	Ansvarig för beslut	Ansvarig för att vidta åtgärden	Tidplan för genomförande (måneder/veckor) (verksamheten)	När kommer åtgärdens effekt att följas upp?	Tidplan för uppföljning av åtgärdens effekt	Ansvarig för uppföljning av åtgärdens effekt
Nr	Vad?							

Handlingsplan för åtgärder (Word)

Händelseanalys

20XX-XX-XX
Verksamhet/Klinik

Namn
Arbetsplats
Adress

Uppdrag att genomföra händelseanalys

Härmed ger jag *Nanna* i uppdrag att genomföra en händelseanalys av den inträffade händelsen med ärendenummer *XXXXXX* i avvikelssystemet.

Beskriv kort

- involverade verksamheter
- ombeddhet/sådana åtgärder
- analysens tidram
- specifika frågeställningar som du vill ha besvarade
- patient- och närståendebeskrivning.

Syftet med analysen ... *(Exempel: Identifiera systemfel och föreslå åtgärder som kan förbygga en liknande händelse framöver igen.)*

I genomsåg av uppdragsgivare läst jag mig till informationen *fortfallsvård* avdelningar och involverade medarbetare om att en händelseanalys kommer att genomföras. Jag kommer även att se till att *patientens närstående/patienten och de närstående* blir informerade. Efter analysen kommer jag att bedöma om eventuella åtgärder utifrån analysens resultat och återkoppla analysens resultat till involverade medarbetare och till *patienten/närstående/patienten och de närstående*.

Analysen genomförs i *st. sändet Nitka (Nationellt it-stöd för händelseanalys)*. När jag har fått tillbakas analysen läggs den ut *ersättningsfritt i Nitkas kunskapsbank*.

I analyssteamet kommer *verksamhetsansvariga medarbetare från verksamhet* att ingå. Ytterligare deltagare i analyssteamet utses av analysledaren.

Med vänlig hälsning

Uppdragsgivare

Verksamhet

Postadress Gatuadress Telefon Telefax E-post

J = Ja
N = Nej
E = Ej aktuellt

CHECKLISTA FÖR UPPDRAGSGIVARE AV HÄNDELSEANALYS

1. Initiera uppdrag	J	N	E
1.1 Informera berörda medarbetare om att en händelseanalys kommer att genomföras, där de kan bli intervjuade. Under intervjuer får de behöva en version av händelsen föreslå åtgärder som skulle kunna förhindra att det händer igen. <i>Kommentar:</i>			
1.2 Informera patienten eller närstående om den inträffade händelsen och om att en händelseanalys kommer att genomföras. <i>Kommentar:</i>			
1.3 Fråga patienten eller närstående om en analysledare får kontakta dem för att genomföra en intervju inför en händelseanalys. <i>Kommentar:</i>			
1.4 Vid behov: Ordna en träff mellan patienter eller närstående och inblandade medarbetare eller verksamhetsansvariga. En sådan träff kan dessutom betala till att patienten eller närstående kan behöva sitt förtroende för sjukvården. <i>Kommentar:</i>			
1.5 Utse sakkunniga till analyssteamet i samråd med analysledaren. <i>Kommentar:</i>			
1.6 Se till att alla involverade medarbetare erbjuds stöd enligt lokala rutiner. <i>Kommentar:</i>			
2. Händelseanalysen	J	N	E
2.1 Ha en avstämning med analysledaren under analysens gång, eventuellt efter en analysstraf när det finns en preliminär analysrapport. <i>Kommentar:</i>			
3. Besluta om åtgärder	J	N	E
3.1 Sätt dig in i analysens resultat, bland annat i ett möte med den verksamhetsansvariga och analysledaren eller hela analyssteamet. <i>Kommentar:</i>			
3.2 Prioritera och besluta vilka av de föreslagna åtgärderna som ska vidtas och när de ska vara genomförda. <i>Kommentar:</i>			
3.3 Har åtgärderna förankrats hos involverade eller berörda personalgrupper och hos dem som ska genomföra åtgärderna? <i>Kommentar:</i>			
3.4 Fokusera om föreslagna åtgärder inte kan genomföras. <i>Kommentar:</i>			

Uppdragsbeskrivning (Word)

Uppdragsgivarens checklista (Word)

Intervjumall

Förberedelse för intervju med personal, patient eller närstående

Rubrik:	
Analysnummer:	
Tid:	
Plats:	
Namn:	
Personal:	
stämning:	
Patient eller närstående:	

Så använder du intervjumallen – 2 alternativ

- Skiv direkt i mailen under intervju.
- Skiv ut mailen inför intervju. Om du vill göra plats för anteckningar direkt i intervjumallen, vill mailen och efter det göra fältet vid varje fråga och tryck Enter till mailat skick.

Version 1.2010

Intervjumall (Word)

J = Ja
N = Nej
E = Ej aktuellt

CHECKLISTA FÖR METODGRANSKNING AV HÄNDELSEANALYS (ANALYSLEDARE)

1. Deltagare i händelseanalysen	J	N	E
1.1 Anges uppdragsgivarens betättning (t.ex. verksamhetschef)?			
1.2 Anges roller (analysledare och/eller deltagare i analyssteamet)?			
1.3 Har representanter från berörda verksamheter och personalkategorier deltagit i analysen (artingen i analyssteamet eller dess sakkunniga)?			
1.4 Finns en läkare med i analyssteamet eller som sakkunnig?			
1.5 Har någon representant eller sakkunnig (som inte tjänstgör på berörda verksamheter) med ett <i>utlåtande</i> påsett? <i>(Sätt)</i>			
2. Underlag för händelseanalysen	J	N	E
2.1 Har riktlinjer dokumenterat om hur underlag för händelseanalysen (t.ex. punkter, rutinbeskrivningar, bruksanvisningar, intervjuprotokoll, eventuella redogörelser eller yttranden)?			
2.2 Har intervjuerna och eventuella redogörelser eller yttranden gjorts i så stor omfattning till händelsen att de involverades minnesbild kan dröjs värde aktuell?			
2.3 Har all involverad personal (från alla involverade vårdenheter och kategorier) intervjuats eller yrst sig?			
2.4 Har patienten eller närstående intervjuats eller fått yttra sig på annat sätt?			
3. Genomförande av händelseanalysen	J	N	E
3.1 Är händelseförloppet i rapporten och grafen fullständigt och objektivt beskrivet och återgivet med neutrala ord? (Systemen och inga värderingar.)			
3.2 Är händelseförloppet beskrivet i kronologisk ordning med nödvändiga datum och tidpunkter?			
3.3 Är felhändelserna i händelseförloppet återgivna? (Med facta i hand – vad gick fel?)			
3.4 Visar analysen logiska samband mellan felhändelserna och orsakerna? (Varför – sårför att ...)			
3.5 Är felhändelsernas bakomliggande orsaker identifierade?			
3.6 Framgår det av slutrapporten att analyssteamet har tagit hänsyn till alla fem analysområden? (Proceduren, rutiner och rutiner, Utbildning och kompetens, Öppning och organisation, Kommunikation och information samt Teknik, utrustning och apparatur.)			
3.7 Är konsekvenser eller värdeökad beskrivet? (Vid felbud, konsekvenser eller värdeökad som hade kunnat uppkä.)			
4. Åtgärder	J	N	E
4.1 Finns åtgärdsförslag för alla bakomliggande orsaker?			
4.2 Är åtgärderna tekniska och realistiska?			
4.3 Tillhör någon eller några av åtgärderna kategorierna mycket effektiva eller effektiva åtgärder? (Se Handbok för risk- och händelseanalys, sidor 20.)			
4.4 Har analyssteamet analyserat om åtgärderna kan medföra andra påverk?			
4.5 Finns en handlingsplan?			
4.6 Finns förslag på hur åtgärderna ska följas upp?			

Analysledarens checklista (Word)

CHECKLISTA FÖR KVALITETSGRANSKNING AV HÄNDELSEANALYS

Innan du kvalitetssgranskar:
 Är händelseanalysen av identifierad, dvs. rapporten, grafen och eventuella bifogade dokument?
 Om inte, kontakta analysledaren och vänta med kvalitetssgranskningen.

J = Ja
 N = Nej
 E = Ej utvärderat

1. Bakgrundsfakta	J	N	E
1.1 Har rapporter/letter från berörda verksamheter detaljer i analysen (artingen i analyssteget eller blivit intervjuade)? Kommentar:			
1.2 Debog en läkare i analyssteget eller som sakkunnig? Kommentar:			
1.3 Har händelseanalysen utförts i så nära anslutning till händelsen att minnesbilderna kan anses vara aktuella? Kommentar:			
1.4 Har patienten eller närstående intervjuats eller fått tillfälle att yttra sig på annat sätt? Kommentar:			
1.5 Har analyssteget beräknat värdskadekostnaderna eller organisationskostnaderna för vårdgivaren i rapporten? Kommentar:			
2. Genomförande av händelseanalysen	J	N	E
2.1 Är händelseförloppet i rapporten tydligt beskrivet, så att den som inte är insatt förstår vad som hänt? Det kronologiska förloppet ska framgå. Kommentar:			
2.2 Är felhändelserna i händelseförloppet tydligt beskrivna i grafen? (Med text i hand - vad gick fel?) Kommentar:			
2.3 Visar grafen logiska samband mellan felhändelserna och orsakerna? (Varför - därför att...) Kommentar:			
2.4 Är felhändelsernas bakomliggande orsaker identifierade och beskrivna på ett konkret och tydligt sätt? Kommentar:			
2.5 Framgår det av slutrapporten att analyssteget har lagt hänsyn till alla fem orsakskategorierna (Procedure, rutiner och riktlinjer, Utbildning och kompetens, Omgivning och organisation, Kommunikation och information samt Teknik, utrustning och apparatur.) Kommentar:			

Datum: xxxx-xx-xx

Mall
– slutrapport för händelseanalyser

Den kursiva texten är anvisningar för vad du bör skriva i rapporten under respektive avsnitt. Kom ihåg att ta bort all kursiv text i den slutliga rapporten. Den text som inte är kursiv kan du komplettera och använda i den slutliga rapporten.

Händelseanalys

Rubrik
(Ange händelseanalysens namn, och vilka områden analysen omfattar.)

Analysledare:

1

Kvalitetsgranskarens checklista
 (Word)

Slutrapport för händelseanalys
 (Word)

Handlingsplan vid händelseanalys

Rubrik på riskanalys: _____ Datumnummer: _____ Händelseanalysen: _____ Uppföljningsdatum: _____

Uppdragsplan: _____ Verksamhetsområde: _____ Ansvarig för uppföljning: _____

Orsakskategori	Åtgärder att vidta					Effekt av åtgärder		
	Åtgärdsförslag	Genomföra åtgärdsförslag? (Ja/Nej)	Ansvarig för beslut	Ansvarig för att vidta åtgärd	Tidplan för implementering (verksamheten)	Hur kommer åtgärdens effekt att följas upp?	Tidplan för uppföljning av åtgärdens effekt	Ansvarig för uppföljning av åtgärdens effekt
Vad?								
Omgivning & Organisation								
Kommunikation & Information								
Utbildning & Kompetens								

Handlingsplan för åtgärder (Word)

Lästips

Litteratur om patientsäkerhet

Harms-Ringdahl, L. (2013). *Guide to safety analysis for accident prevention*. Stockholm: IRS Riskhantering.

Hollnagel, E. (2010). *Resilience engineering in practice : a guidebook*. Farnham, Surrey, England: Ashgate.

Hollnagel, E. (2012). *FRAM, the Functional Resonance Analysis Method: Modelling Complex Socio-technical Systems (Functional Resonance Analysis Method)*. Ashgate Publishing Group.

Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Ashgate Publishing Ltd.

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ödegård, S. (2013). *Patientsäkerhet : teori och praktik*. Stockholm: Liber.

Organisationer för patientsäkerhetsarbete

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA. www.ahrq.gov

Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety (NCPS), USA. www.patientsafety.va.gov

Institute for Healthcare Improvement (IHI), USA. www.ihl.org

ISQua The International Society for Quality in Health Care.
www.isqua.org

National Patient Safety Agency, NPSA, England. www.npsa.nhs.uk

The Joint Commission, USA. www.jointcommission.org

National Patient Safety Foundation, NPSF, USA. www.npsf.org

PaSQ European Union Network for Patient Safety and Quality of Care.
pasq.eu

Patientförsäkringen LÖF. www.patientforsakring.se

Risky Business, USA. www.risky-business.com

Socialstyrelsens publikationer. www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Sveriges Kommuner och Landsting. www.skil.se

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danmark. patientsikkerhed.dk

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Australien.
www.safetyandquality.gov.au

Consumers Advancing Patient Safety, USA. www.patientsafety.org

Lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbete

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag

SFS 2014:821 Patientlag

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2005:28 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria

SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

Arbetsgrupp och referensgrupp

Arbetsgrupp

Riskanalys:

Carin Ericsson, Region Östergötland (projektledare)
Anna Lundin, Stockholms läns landsting
Annica Wiström, Landstinget Dalarna
Ann Hammarlund, Region Skåne
Pia Altgård, Region Skåne
Magnus Stridsman, Region Östergötland
Thomas Axén, Jönköpings kommun

Händelseanalys:

Åsa Hessel, Landstinget Sörmland (projektledare)
AnnSofie Sommer, Region Östergötland
Graciela Carlsson, Västra Götalandsregionen
Gunilla Karlsson, Region Kronoberg
Gunilla Hallberg, Landstinget i Uppsala län
Marianne Nilsson, Region Jämtland Härjedalen
Maria Ekelund Dannert, Attendo

Referensgrupp

Hans Rutberg, Linköpings universitet
Urban Nylén, Stockholms läns landsting
Ann Fagerlind, Inspektionen för vård och omsorg
Inger Hansen, Region Jönköpings län
Ulla Olsson, Luleå kommun
Lena Nordstrand, Region Gävleborg
Pål Resare, Sveriges Kommuner och Landsting
Karin Svärdsudd, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm
Pål Björkman, Södersjukhuset, Stockholms läns landsting
Thomas Brezicka, Västra Götalandsregionen
Jonas Wrigstad, Region Skåne
Mirjam Ekstedt, Kungliga Tekniska Högskolan

BILAGA 1

Kompletterande frågor för identifiering av bakomliggande orsaker

Inledande frågor

De inledande frågorna leder dig till rätt orsaksområde med kompletterande frågor.

K: Fanns det brister i den skriftliga eller muntliga kommunikationen eller informationen?

Om ja, gå till frågorna om kommunikation och information.

U: Fanns det brister i utbildning och kompetens?

Om ja, gå till frågorna om utbildning och kompetens.

O: Fanns det brister i den fysiska eller psykiska arbetsmiljön?

Om ja, gå till frågorna om omgivning och organisation.

T: Var utrustning på något sätt involverad i händelsen?

Om ja, gå till frågorna om teknik, utrustning och apparatur och till frågorna om omgivning och organisation.

P: Fanns det brister i procedurer, rutinbeskrivningar och riktlinjer?

Om ja, gå till frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.

Kompletterande frågor

Genom att använda de kompletterande frågorna avgör analysteamet vilka orsaker som har bidragit till den negativa händelsen.

KOMMUNIKATION OCH INFORMATION (K)

Dessa frågor hjälper till att förklara förhållanden och brister som berör kommunikation och information, informationsflöde och informationstillgänglighet. Frågorna visar även betydelsen av kommunikation och information vid användning av utrustning samt vid tillämpning av rutiner och pm.

1. Blev patienten identifierad enligt gällande rutiner?
2. Gavs nödvändig information om patientens tillstånd i rätt tid?
3. Användes nödvändig information om patientens tillstånd vid rätt tidpunkt?
4. Gav tillgänglig dokumentation (medicinsk dokumentation, omvårdnads- och rehabiliteringsjournal samt olika remisser och remissvar) en tydlig bild av undersökningsresultat, behandlingsplaner eller vårdplaner och patientens tillstånd?
5. Hade alla ordinerade undersökningar blivit kommunicerade och genomförda?
6. Fanns det enighet vid tolkning av provresultat?
7. Fanns nödvändig information, som provsvar och tidigare dokumentation, tillgänglig?
8. Fanns det någon form av osäkerhet om det medicinska ansvaret för patienten?
9. Fanns det tydliga rutiner för vem som skulle kontaktas för att diskutera patientens situation?
10. Var patienten eller närstående aktivt involverade i bedömning och behandlingsplanering?
11. Var kontinuiteten i patientens vård fullgod, exempelvis i samband med överflyttning till en annan enhet?
12. Fungerade kommunikationen mellan patient och vårdare (det vill säga tolkades den korrekt och entydigt)?
13. Fungerade kommunikationen mellan närstående och vårdare (det vill säga tolkades den korrekt och entydigt)?
14. Var kommunikationen mellan medarbetare och arbetsledning fullgod (det vill säga korrekt och entydig)?
15. Var kommunikationen mellan medarbetarna i vårdteamet fullgod
 - a. mellan yngre och mer erfarna kollegor?
 - b. mellan medarbetare på samma nivå?
 - c. mellan olika yrkesgrupper?
 - d. mellan olika arbetspass?
16. Arbetar enheten enligt en fastställd modell för kommunikation?
17. Hade teamet tränats i att kommunicera i akuta situationer?

18. Fanns det olikheter i den etniska eller kulturella bakgrunden som kan ha försvårat kommunikationen
 - a. mellan medarbetare?
 - b. mellan medarbetare och patient?
 - c. mellan medarbetare och närstående?
 - d. mellan personer med olika kön?
19. Var kommunikationen mellan olika enheter tillfredsställande?
20. Var kommunikationen om tänkbara riskfaktorer tydlig och utan brister?
21. Fanns en känd, förstådd och tillämpad patientsäkerhetskultur som främjar kommunikation och informationsflöde inom verksamheten och mellan andra verksamheter?
22. Fanns det en uttalad eller outtalad oenighet?
23. Var rutinbeskrivningar tillräckligt kommunicerade, uppdaterade och kända?
Om nej – se frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.
24. Gavs korrekt medicinsk information på lämpligt sätt vid rätt tidpunkt?
25. Var inblandade medarbetare informerade om enhetens rutiner och riktlinjer avseende patientsäkerhet, hantering av riskmaterial, katastroflarm, medicinsk utrustning samt brand- och katastrofberedskap?
26. Var överlämning och överrapportering vid jourbyte eller arbetspassbyte fullgott?
27. Fanns det ett återkallande eller en larmrapport från tillverkaren av aktuell utrustning eller läkemedel vid tidpunkten för händelsen eller tillbudet? Var berörda personer informerade och hade de förstått informationen?
Om detta var ett problem – se frågorna om teknik, utrustning och apparatur.
28. Var den generella inställningen och rutinen på enheten sådan att medarbetarna uppmuntrades att rapportera iakttagelser och avvikelser vid riskabla situationer?
29. Fanns det ett öppet klimat på enheten så att medarbetarna kunde säga till varandra, oavsett hierarki, när någon bröt mot fastställda rutiner?
30. Fanns det ett öppet klimat på enheten så att medarbetarna kände att de kunde ifrågasätta beslut och åtgärder som var ordinerade eller givna av någon med större auktoritet?

UTBILDNING OCH KOMPETENS (U)

Dessa frågor hjälper till att förklara förhållanden och brister relaterade till utbildning och kompetens (grundutbildning, vidareutbildning, specialutbildning och introduktion). Det kan exempelvis vara problem som är relaterade till införande och tillämpning av nya rutiner, korrekt användning av utrustning eller lämplig användning av barriärer. Frågorna fokuserar också på samspel mellan människor och utrustning.

1. Fanns det ett system för att identifiera medarbetarnas behov av utbildning (exempelvis loggböcker och checklistor)?
2. Fanns det ett system för medarbetarnas kompetensutveckling, till exempel individuella kompetensutvecklingsplaner?
3. Erbjöds medarbetarna utbildning innan ett nytt arbetsmoment skulle införas?
4. Kontrollerades resultatet av utbildningen regelbundet?
5. Fanns det ett strukturerat uppföljningsverktyg för att kontrollera utbildningsnivå?
6. Kontrollerades det att medarbetarna förstod innehållet i exempelvis manualer?
7. Var utbildningen rätt utformad så att den hjälpte medarbetarna att utföra sina arbetsuppgifter utan att begå fel?
8. Var utbildningen rätt och lämplig i förhållande till de arbetsmoment som medarbetarna utförde? Ingick även repetition av viktiga men ovanliga arbetsmoment, till exempel återupplivning?
Om inte, överväg följande faktorer:
 - arbetsledningens ansvar
 - försummelse att följa rutin, bristfällig utbildning
 - bristfälliga procedurer, rutiner och riktlinjer.*Om detta var ett problem – se frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.*
9. Hade rutiner och utrustning granskats för att säkra att de överensstämde mellan personerna och de uppgifter de utförde eller mellan personerna och den utrustning de använde (det vill säga mänskliga och tekniska faktorer)?
Om rutinerna inte följdes som avsett – gå till frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.
10. Hade alla medarbetare utbildning i att använda relevanta barriärer?
11. Hade medarbetarna som var inblandade i den negativa händelsen eller tillbudet rätt kompetens och utbildning för att utföra sina uppgifter?
12. Var medarbetarna utbildade på rätt sätt för att sköta den utrustning som var inblandad i den negativa händelsen?

13. Om utrustning var involverad, fungerade den utan problem avseende
- a. medarbetarens behov och erfarenhet?
 - b. befintliga rutiner och krav?
 - c. fysiskt utrymme och placering?

Om utrustning var involverad – se frågorna om teknik, utrustning och apparatur.

OMGIVNING OCH ORGANISATION (O)

Dessa frågor hjälper till att förklara betydelsen av stress och trötthet, kanske som en följd av förändringar, schemaläggning och personalsituation, sömnbrist eller störningar i arbetsmiljön. Frågorna utvärderar också problem i relation till utbildning och kompetens, användning av utrustning samt ledningens intresse och engagemang.

1. Var nivåerna av vibrationer, buller eller andra miljöförhållanden rimliga?
2. Hade miljömässiga stressfaktorer förutsetts på rätt sätt?
Om stressfaktorerna var förväntade – se frågorna om utbildning och kompetens.
Om stressfaktorerna inte var förväntade – varför var de inte det?
3. Medgav arbetsplatsen och arbetsituationen att medarbetaren fick tillräckligt med sömn?
4. Fanns det möjlighet att ta regelbundna pauser (exempelvis lunchrast)?
5. Var omgivningarna eller arbetsmiljön fria från distraherande faktorer?
6. Fanns det tillräckligt med medarbetare till hands för att hantera arbetsbelastning vid tidpunkten för händelsen?
Om nej – se frågorna om utbildning och kompetens.
7. Slapp medarbetarna vid tidpunkten för händelsen lösa problem som hade samband med nästa arbetspass?
8. Fanns det på enheten en tradition att underhålla och utveckla arbetsmiljön, exempelvis så att arbetsledning och kollegor stöttade medarbetare oavsett yrkestillhörighet då en negativ händelse inträffat?
9. Var arbetsmiljön utformad på rätt sätt för att stötta den funktion den var avsedd för?
10. Hade det förekommit någon bedömning av arbetsmiljörisker (exempelvis skyddsron) på området?
Om nej, överväg att granska frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.
11. Var arbetsmiljöns stressnivåer, fysiska eller psykiska, rimliga (exempelvis temperatur, utrymme, ljud, förflyttningar inom enheten)?

TEKNIK, UTRUSTNING OCH APPARATUR (T)

Dessa frågor hjälper till att utvärdera faktorer och brister i samband med användning, tillgänglighet och placering av utrustning, den fysiska arbetsmiljöns allmänna lämplighet och möjligheter att undgå fel. Frågorna visar att uppenbara fel på utrustningen kan ha samband med mänskliga faktorer, med procedurer, rutiner och riktlinjer samt med utbildningsbehov. För att säkerställa att frågorna om teknik, utrustning och apparatur tolkas korrekt rekommenderas att en teknisk expert involveras i orsaksanalysen.

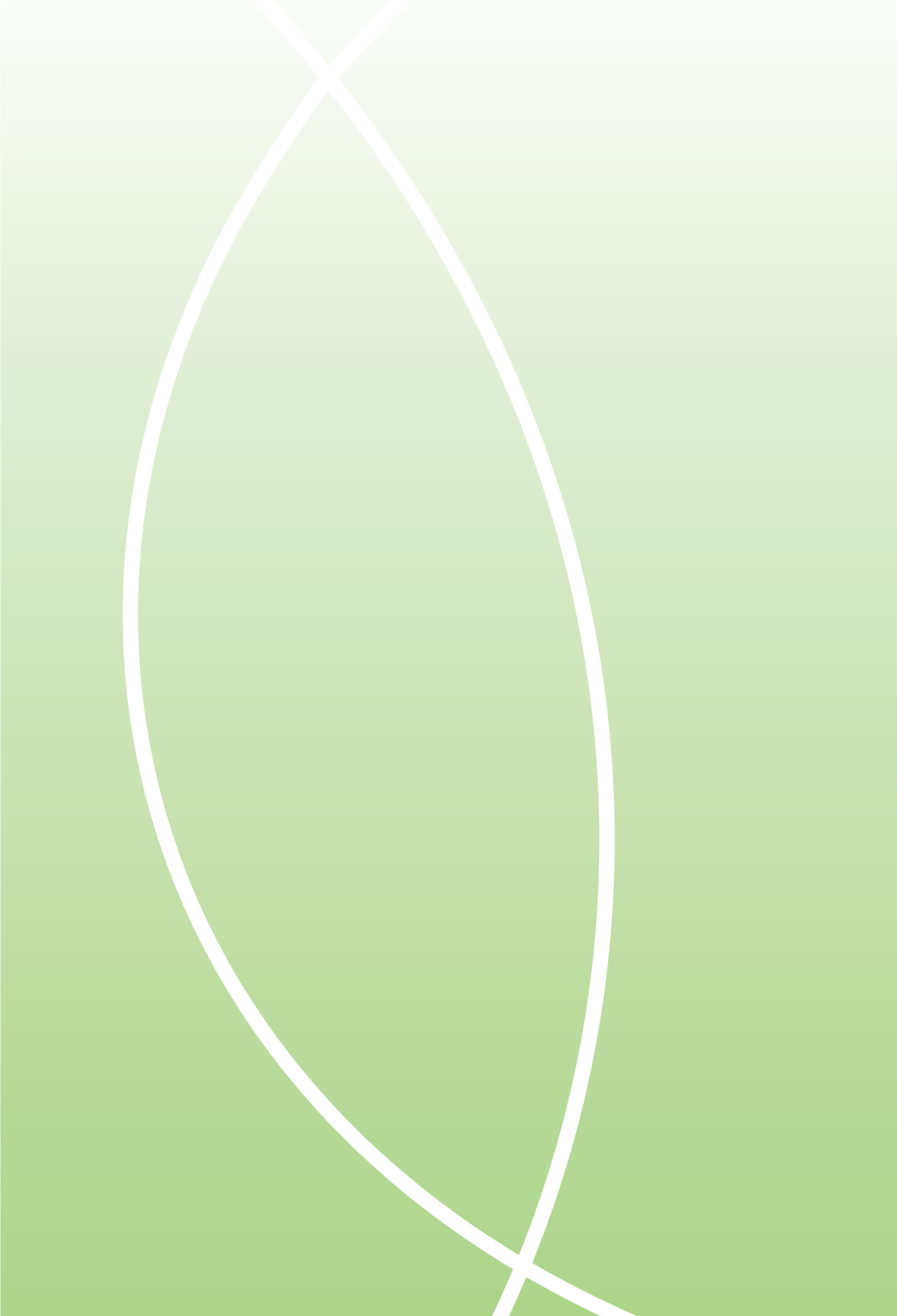
1. Fanns det lämplig utrustning för att utföra arbetsprocesserna?
2. Uppfyllede den involverade utrustningen gällande specifikationer och föreskrifter?
3. Hade det genomförts regelbundna kontroller av den involverade utrustningen? Var kontrollerna dokumenterade?
4. Blev det i händelse av problem avsatt tillräckligt med tid och resurser till förbättringar av utrustning och apparatur?
5. Följde enheten föreskrifter, specifikationer och bruksanvisningar för aktuell utrustning och apparatur?
6. Var utrustningen utformad för att uppfylla sitt avsedda syfte på lämpligt sätt?
7. Fanns det tillräcklig tillgång till aktuell utrustning och apparatur för att utföra arbetsuppgiften?
8. Fanns det nödfallsåtgärder och reservsystem tillgängliga om det skulle uppstå fel i utrustningen?
9. Hade denna typ av utrustning fungerat korrekt och använts på lämpligt sätt tidigare?
10. Var utrustningen och instruktionerna för involverad utrustning utvecklade i överensstämmelse med medarbetarnas kvalifikationer, önskemål och ergonomiska behov?
11. Fanns bruksanvisning och andra nödvändiga instruktioner i direkt anslutning till utrustningen?
Om ja – se frågorna om utbildning och kompetens.
12. Fungerade utrustningens displayer och kontroller normalt? Tolkades de korrekt?
13. Utfördes en dokumenterad säkerhetsgranskning av den inblandade utrustningen? Om det är relevant, fullföljdes rekommendationerna för service, återkallande, underhåll och så vidare i tid?
14. Fanns det en plan för underhåll av den inblandade utrustningen?
Om nej – se frågorna om procedurer, rutiner och riktlinjer.
15. Om det fanns en plan för underhåll, visade de närmast föregående inspektionerna att utrustningen fungerade som den skulle?

16. Om tidigare inspektioner visat problem med utrustningen och korrigerande åtgärder genomförts: Var de effektiva?
17. Möjliggjorde utrustningens utformning att operatören kunde upptäcka och uppmärksamma problem i tid?
18. Var utrustningen utformad på ett sätt som gjorde det osannolikt att fel i användningen skulle inträffa?
19. Tillverkades utrustningen enligt specifikationerna? Sköttes den på det sätt som konstruktionen avsåg?
20. Var utrustningen utformad så att korrigerande åtgärder kunde genomföras på ett sätt som minimerade eller eliminerade negativa resultat?
21. Om den medicinska utrustningen eller apparaten inte var avsedd att återanvändas (det vill säga om den var en engångsartikel): Lät man bli att återanvända den?

PROCEDURER, RUTINER OCH RIKTLINJER (P)

Dessa frågor hjälper till att värdera förekomsten av och tillgängligheten till rutinbeskrivningar (inklusive teknisk information). Frågorna belyser också följsamhet till exempelvis vårdprogram samt användbarhet hos och motivation att följa standarder och föreskrifter. Vidare finns frågor om riktlinjer för att följa säkerhetsrutiner.

1. Fanns det en upprättad plan med en övergripande strategi för verksamhetens patientsäkerhetsarbete?
2. Fanns det en upprättad plan för hur enheten skulle arbeta med riskhantering och avvikelshantering?
3. Hade verksamhetens ledning ett system för granskning eller kvalitetskontroll, som gav information om hur nyckelprocesser i samband med negativa händelser fungerade?
4. Om liknande händelser hade granskats tidigare: Identifierades orsakerna och genomfördes effektiva åtgärder i tid?
5. Om en liknande händelse inte hade granskats tidigare: Hade man ändå kunnat förutse händelsen?
6. Kunde patienten få nödvändig vård inom ramen för enhetens uppdrag, medarbetarnas kunskap, erfarenheter och tillgänglighet samt resurser för säker teknik?
7. Var enhetens rutiner kända, förstådda och tillämpade av alla i verksamheten?
8. Fanns det skriftliga och uppdaterade rutiner för de arbetsprocesser som hade samband med den negativa händelsen eller tillbudet?
9. Stämde enhetens existerande rutiner överens med tillgänglig evidens, organisationens egna riktlinjer samt relevanta nationella lagar, förordningar och föreskrifter?
10. Användes tillgänglig evidens när rutiner och riktlinjer utarbetades och beslutades?
11. Var de relevanta riktlinjerna och rutinerna tydliga, begripliga och lättillgängliga för alla medarbetare?
Om nej – se frågorna om kommunikation och information.
12. Användes de relevanta riktlinjerna och rutinerna dagligen?
13. Om riktlinjerna och rutinerna inte följdes: Vad berodde det på?
14. Hade lämpliga säkerhetsbedömningar, riskanalyser och katastrofövningar genomförts?



Handbok i riskanalys och händelseanalys

Analysmetoder för att öka patientsäkerheten

Denna handbok för riskanalys och händelseanalys riktar sig till alla som arbetar med kvalitet och patientsäkerhet i landsting, regioner, kommuner och hos andra vårdgivare. Analysmetoderna som beskrivs i handboken är utvecklade för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten.

I den här tredje reviderade upplagan av handboken har metodbeskrivningen omarbetats med ett särskilt kapitel riktat till uppdragsgivare för att tydliggöra deras roll och ansvar. Anvisningarna för genomförande av respektive metod riktar sig särskilt till analysledare och analysteam och innehåller erfarenheter och tips som underlättar användningen av metoderna.

Till handboken finns checklistor och mallar som ger stöd i det praktiska analysarbetet.

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

ISBN 978-91-7585-237-9



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se