

# Effektivisering av arbete med Händelseanalys



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## Förord

Denna skrift är en översättning och bearbetning av valda delar av skriften ”RCA<sup>2</sup> – Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm”, framtagen av NPSF (National Patient Safety Foundation) i USA. Skriften baseras på flera års amerikansk erfarenhet av händelseanalyser (Root Cause Analysis, RCA), vilka dock inte resulterat i säkrare sjukvård på det sätt som avsetts. I skriften ger NPSF därför ett antal förslag på hur arbetet med händelseanalyser kan förbättras för att ge önskat resultat. Tvåan efter RCA syftar på ytterligare ett A = Action, alltså att föreslagna åtgärder verkligen genomförs och följs upp.

Den svenska handboken Risk- och Händelseanalys har fått stor spridning och metoderna används idag brett i hälso- och sjukvård. Vid den senaste revideringen 2015 arbetades metodbeskrivningen om, baserat på svenska erfarenheter. Ett särskilt kapitel riktat till uppdragsgivare lades till för att tydliggöra deras roll och ansvar.

Även om metoden händelseanalys har använts länge både i Sverige och USA har metodens värde för att minska antalet vårdskador ifrågasatts. Kritiken berör:

- Bristande genomförande och uppföljning av beslutade åtgärder
- Bristande återföring av analysresultaten till inblandad personal och övriga medarbetare inom organisationen
- Att åtgärdsförslagen vanligen riktas mot den kliniska nivån och mot individer snarare än mot brister i systemet

Syftet med denna skrift är att komplettera den svenska handboken i Risk- och Händelseanalys med resultat från den senaste internationella utvecklingen. Mycket av innehållet i skriften från NPSF finns redan i den svenska handboken, men det finns också intressanta avsnitt som inte tas upp i handboken. Det som NPSF beskriver är huvudsakligen baserat på amerikanska erfarenheter, men det finns inga skäl att tro att dessa erfarenheter inte skulle vara giltiga även i Sverige, något som stöds av aktuell svensk forskning.

Redaktionsgruppen har med tillstånd från NPSF valt ut och översatt delar av den amerikanska skriften. Termer har korrigerats till sådana som används i den svenska metodbeskrivningen, och vi har valt att fortsatt använda beteckningen händelseanalys.

Urvalet har gjorts av Mita Danielsson, Region Östergötland/SKL, Pelle Gustafson, Löf, Åsa Hessel, Landstinget i Sörmland, Hans Rutberg, SKL, Per Wiger, VG-Regionen/SKL och Jonas Wrigstad, Region Skåne. Översättningen har gjorts av Daniel Löfström, auktoriserad translator.

Redaktionsgruppen framför ett tack till National Patient Safety Foundation som utan kostnad ställt materialet till vårt förfogande.

Stockholm i september 2017

Hans Karlsson

*Avdelningen för Vård och omsorg*

## Innehåll

<b>Inledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Uppnå målet</b> .....	<b>6</b>
Rekommendationer .....	6
Riskbaserad prioritering av händelser, risker och systemsvagheter .....	6
<b>Tidsaspekter och analysteamets sammansättning</b> .....	<b>7</b>
Tidsaspekter.....	7
Tabell 1.....	7
Analysteamets sammansättning .....	7
Analysprocessen .....	8
Åtgärder.....	9
Tabell 2. Åtgärdshierarkier .....	10
Mätning av genomförande och effektivitet .....	11
Återkoppling .....	11
Stöd från chefer.....	11
Tabell 3. Kännetecken på en ineffektiv händelseanalysprocess .....	12
Mätning av händelseanalysprocessens effektivitet och hållbarhet .....	12
Tabell 4 Fem regler för orsakssamband .....	13
<b>Slutsats och rekommendationer</b> .....	<b>14</b>
Slutsats.....	14
Rekommendationer .....	14

# Inledning

Praktiskt taget alla svenska vårdgivare utreder händelser som har resulterat i en allvarlig skada. Syftet med utredningen är att eliminera eller minska risken att en liknande händelse ska inträffa igen. Vanligen görs utredningen i form av en händelseanalys. Syftet är att identifiera systembrister så att de kan åtgärdas, inte att peka ut enskilda individer.

Det viktigaste med en händelseanalys är att, utifrån identifierade bakomliggande orsaker, föreslå åtgärder för att eliminera eller minska risker i systemet. Om de föreslagna åtgärderna ska kunna genomföras och leda till faktisk förbättring, krävs aktivt deltagande från ledare och chefer på samtliga nivåer. Åtgärdernas effektivitet måste följas upp och bedömas för att säkerställa att händelseanalysen resulterar i effektiva åtgärdsförslag. Några enskilda vårdgivare, med bra processer för att genomföra händelseanalyser, har gjort stora framsteg mot förbättrad patientsäkerhet och har delat med sig av sina lärdomar, så att andra, internt och externt, kan lära av erfarenheterna. Så är det dock inte för de flesta. De aktiviteter som ingår i en händelseanalys inom hälso- och sjukvård är ännu varken standardiserade eller väldefinierade. Detta kan leda till att ineffektiva åtgärdsförslag identifieras, föreslås och vidtas. Det kan visa sig genom att likadana eller liknande händelser på nytt inträffar inom samma vårdinrättning/organisation trots genomförda händelseanalyser.

Skälen till metodens bristande effektivitet när det gäller att förbättra patientsäkerheten kan vara brist på standardiserade och tydliga arbetssätt för att:

- Identifiera risker och svagheter i systemet som påverkar patientsäkerheten
- Prioritera vilka risker som behöver åtgärdas
- Identifiera åtgärder som kan vara effektiva för att förbättra säkerheten i systemet
- Säkerställa att en händelseanalys utförs inom rimlig tid och att effektiva och hållbara åtgärdsförslag tas fram
- Säkerställa att de föreslagna åtgärderna bedöms och därefter eventuellt vidtas
- Mäta och följa upp om de genomförda åtgärder varit framgångsrika
- Säkerställa att ledning på alla nivåer medverkar till att händelseanalyser utförs när så är lämpligt, och då utan onödigt dröjsmål, och att föreslagna åtgärder genomförs.

Begreppet händelseanalys (Root Cause Analysis) kan vara problematiskt, då det antyder att det finns en eller ett fåtal enskilda orsaker till en händelse. Så är sällan fallet när en skada inträffar i en komplex hälso- och sjukvårdsorganisation. Det finns oftast flera bidragande orsaker, vilka också måste identifieras. Detta betyder att ofta mer än en åtgärd krävs för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Termen händelseanalys fokuserar lätt också på analys, vilket i själva verket varken är det enda eller huvudsakliga syftet.

Det yttersta syftet med metoden är att identifiera risker och svagheter i systemet samt att föreslå effektiva åtgärder för att eliminera eller minska dessa risker och svagheter. Åtgärdsförslagen ska fokusera på orsaksförhållanden och bidragande

faktorer på systemnivå. Att bygga in säkerhet i vårdprocesser är ett mycket effektivare sätt att minska antalet fel än att skuldbelägga enskilda personer.

För att ge maximal nytta får en händelseanalys inte resultera i bestraffning av enskilda individer. Enskilda individer som brister i sitt yrkesansvar ska handläggas på annat sätt.

Många vårdgivare återkopplar inte till medarbetare som uppmärksammat ett problem, eller till de som varit inblandade i en negativ händelse. Personal, inblandade aktörer och patienter kan då dra slutsatsen att händelsen inte resulterat i meningsfulla åtgärder. Brist på återkoppling får en negativ inverkan på framtida engagemang hos personal, inblandade aktörer och patienter vilket skapar misstro då det uppfattas som att ansträngningar och erfarenhet inte tas till vara. För att nå största möjliga nytta bör händelseanalysens resultat spridas så öppet som möjligt, både inom och utom vårdgivarens organisation.

Slutligen kan händelseanalys inte bli en framgångsrik metod, och få en bestående positiv effekt, utan ett aktivt och konkret stöd från ledare och chefer på alla nivåer vilket också innefattar den högsta ledningsnivån. Ledare och chefer visar genom personligt engagemang och stöd hur de värderar förbättringsarbete inom patientsäkerhetsområdet.

# Uppnå målet

För att nå målet med en händelseanalys, det vill säga att förstå vad som har hänt, varför det hände och därefter vidta åtgärder för att hindra att det händer igen, behövs verktyg för att prioritera händelser, riskfaktorer och brister i organisationen. Det kan inte nog poängteras att om åtgärder som framkommit i en händelseanalys inte värderas, genomförs eller följs upp, är hela arbetet med analysen ett slöseri med tid och resurser.

## Rekommendationer

Chefer och ledare (på samtliga nivåer) bör aktivt medverka i en händelseanalys. Detta bör göras genom att stödja processen, godkänna och regelbundet granska åtgärdernas status, förstå vad en grundlig händelseanalysrapport bör innehålla samt vidta åtgärder när analyser inte uppfyller minimikrav:

- Chefer och ledare bör granska händelseanalyserns effektivitet minst en gång om året
- Händelser som inte lämpar sig för händelseanalys bör på förhand definieras
- Vårdgivaren bör använda ett transparent, formellt och riskbaserat prioriteringssystem enligt nedan vid identifikation av vilka händelser, tillbud och risker som kräver att en händelseanalys genomförs
- En händelseanalys bör inledas inom 72 timmar efter inträffad händelse
- Analysteamet bör bestå av max 4 till 6 personer. Skälen är att större grupper använder fler arbetstimmar, utan att detta nödvändigtvis ger bättre analyser, och att svårigheten att schemalägga gruppens möten ökar ju fler medlemmar som är med.
- Återkoppling av resultatet ska ges till medarbetare som varit inblandade i händelsen, likaså till patienter och/eller närstående.

## Riskbaserad prioritering av händelser, risker och systemsvagheter

Genom att använda ett riskbaserat prioriteringssystem – och göra det transparent – kan organisationen fokusera på att minska risker och åtgärda svagheter, istället för att tvingas motivera varför en händelseanalys ska genomföras eller inte. En tydlig prioritering ger processen trovärdighet och objektivitet. Det minskar också risken att interna och externa intressenter felaktigt får uppfattningen att beslut att utföra en händelseanalys påverkas av yttre påtryckningar eller andra faktorer i syfte att dölja problem, snarare än att ta reda på vad som är bäst för patienterna.

# Tidsaspekter och analys- teamets sammansättning

## Tidsaspekter

När en negativ händelse har inträffat bör den snarast bedömas med hjälp av ett prioriteringssystem. Om en händelseanalys ska göras, bör den inledas inom 72 timmar för att kunna samla in uppgifter medan de ännu är i färskt minne hos de inblandade. Händelseanalysen kan komma igång direkt om förberedelser har gjorts så att personal och resurser finns tillgängliga. Schemalagda tider ska finnas veckovis för händelseanalyser vilka kan avbokas om de inte behövs. Ett avtal om att varje verksamhet ska ställa 1 eller 2 medarbetare till förfogande för veckovis tjänstgöring i ett analysteam gör det möjligt att med kort varsel sammanställa ett analysteam.

Deltagare i analysteam måste prioritera detta arbete. Att arbeta i ett analysteam är ett ”riktigt arbete” och bör betraktas och prioriteras som sådant. Tid måste avsättas i ordinarie schema. Detta sänder ett tydligt budskap att ledningen värdesätter och stödjer förbättringar i patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 1

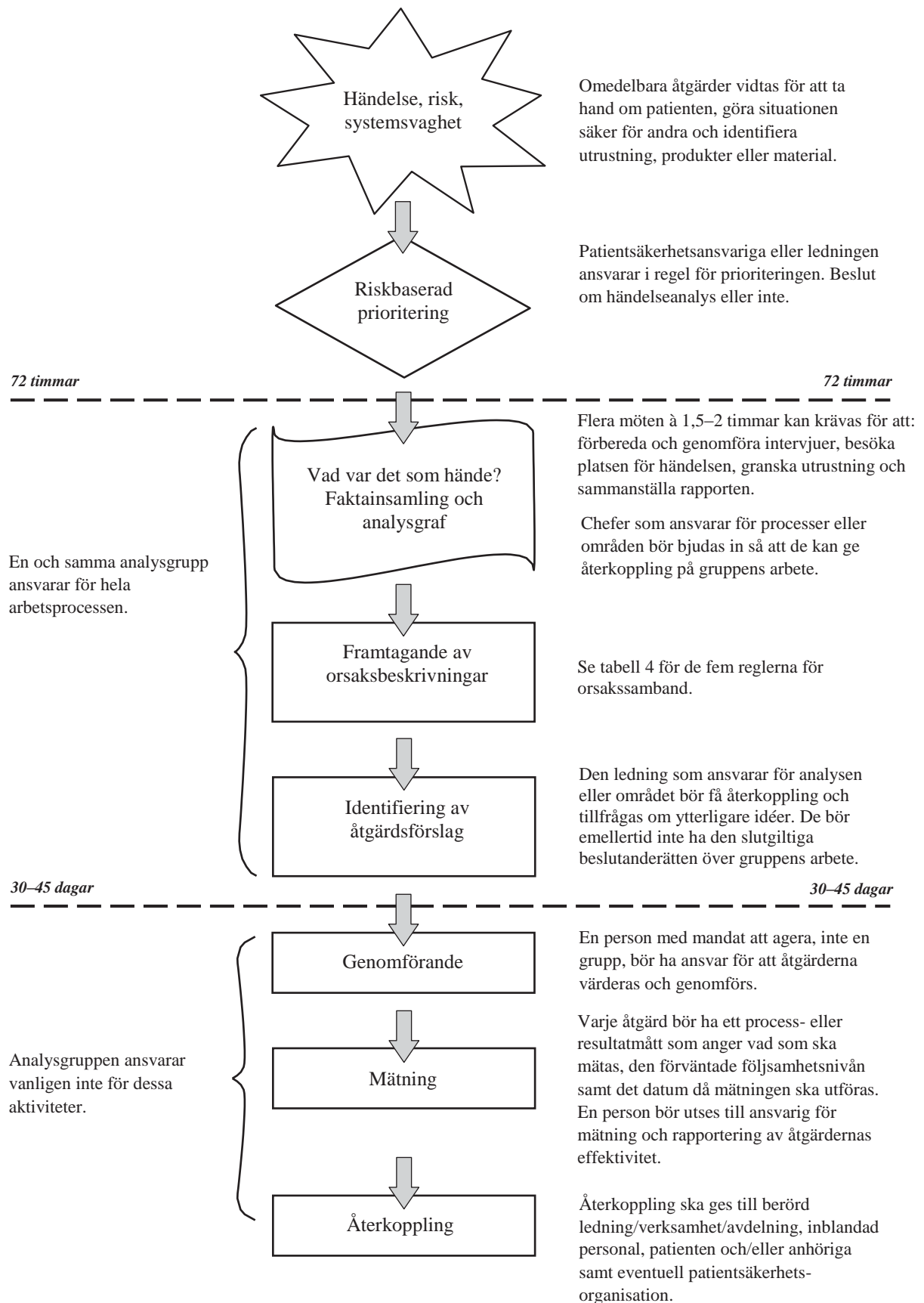
## Analysteamets sammansättning

OBS! En och samma person kan ha flera olika funktioner	Analysmedlem	Intervju
Sakkunniga i den granskade händelsen eller tillbudet	Ja	Ja, om ej med i analysteam
Personer som inte känner till händelsen eller tillbudet	Ja	Nej
Ledare och chefer som är väl förtrogna med händelseanalysarbete	Ja	Nej
Personal som varit direkt inblandad i händelsen	Nej	Ja
Vårdpersonal som arbetar inom området/processen	Ja	Ja
Patient som varit inblandad i händelsen	Nej	Ja*
Närstående till patient som varit inblandad i händelsen	Nej	Ja*
Patientrepresentant	Ja	Ja

Överväg att ta med medicinteknisk, IT- eller farmakologisk personal i analysteamet, då de ofta har ett systembaserat tankesätt. Likaså är det ofta av värde att ta med AT-läkare i gruppen, då de kan se på händelsen med öppna ögon. \*Detta är inte alltid nödvändigt för händelser som inträffat långt från en faktisk vårdssituation.

En patientrepresentant, utan anknytning till patient eller anhörig som är inblandad i händelsen som utreds, kan eventuellt delta i varje analysteam; detta för att företräda patientens perspektiv. Vissa organisationer har provat att inkludera patient eller närstående som varit inblandad i händelsen i analysteamet, men det saknas ännu stöd för att det skulle vara en effektiv metod. Det finns flera organisationer, både i hälso- och sjukvård och annan verksamhet, som inte tillåter patienter eller närstående att ingå i analysteam på grund av risken att det hindrar en öppen kommunikation.

## Analysprocessen





## Åtgärder

Händelseanalysens viktigaste steg är att identifiera och genomföra valda åtgärdsförslag för att eliminera eller begränsa identifierade risker eller brister i systemet. Analysteamet bör, i enlighet med åtgärdshierarkins klassificeringssystem (tabell 2), identifiera minst en mycket effektiv eller effektiv åtgärd per händelseanalys. I vissa fall kan det bli nödvändigt att föreslå åtgärder, som i åtgärdshierarkin bedöms som begränsat effektiva, som tillfälliga insatser till dess att effektivare åtgärder kan genomföras. Det är viktigt att inse att begränsat effektiva åtgärder, som utbildning och förändrade riktlinjer, ofta är nödvändiga för att säkerställa yrkesskicklighet och förväntningar, men att de troligen inte ensamma räcker till för att långsiktigt förbättra patientsäkerheten.

### Varför är ”mänskligt fel” inte en godtagbar grundorsak?

Även om ett ”mänskligt fel” bidragit till en negativ händelse, innebär själva definitionen av ett mänskligt fel att det kan hända igen. Mänskliga fel är oundvikliga. Om en välutbildad person som arbetar i sin normala omgivning har begått ett fel finns systemfaktorer som möjliggjort felet. Det är avgörande att förstå dessa systemfaktorer, så att de kan elimineras eller deras konsekvenser begränsas.

Målet är att öka den långsiktiga säkerheten och att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Traditionellt sett, efter att den inblandade personen eventuellt fått någon form av reprimand, rådgivning eller utbildning, anses sannolikheten minska att just denna person ska upprepa händelsen. Dock påverkar detta inte sannolikheten att systemet drabbas av liknande händelser med andra personer inblandade. Mer omfattande eller fördjupad utbildning är heller ingen effektiv lösning, då personalen ständigt omsätts. Detta återspeglas i Tabell 2 som är baserad på skyddstekniska principer som i mer än 50 års tid har använts i säkerhetskritiska branscher. Lösningar som riktar sig direkt mot mänskliga fel (till exempel utbildning eller införande av riktlinjer) utgör alla begränsat effektiva lösningar. Lösningar som riktar in sig på själva systemet (till exempel förändring av fysiska utformningar och processer) är mycket kraftfullare. Det är därför viktigt att förstå de systemfaktorer som möjliggör mänskliga fel och därefter ta fram systemlösningar.

Analysteamet bör inte ägna sig åt självinspektion när det gäller att identifiera åtgärdsförslag. Detta är viktigt eftersom det är gruppens uppgift att identifiera och föreslå de mest verksamma åtgärder den kan tänka sig. Det är sedan ledningens ansvar att avgöra om den sannolika realiserbara nyttan är värd investeringen i förhållande till kostnader och dess inverkan på systemet som helhet. Endast den högsta ledningen kan acceptera risk på organisationens vägnar. Detta är ett ansvar som inte bör delegeras till andra.

Tabell 2. Åtgärdshierarkier

	Åtgärdskategori	Exempel
<b>Mycket effektiva åtgärder</b> (dessa åtgärder är i mindre grad beroende av att människor kommer ihåg det rätta sättet att utföra uppgiften)	Fysiska förändringar av anläggningen	Utbyte av karusellörrarna i huvudingångar till automatiska skjutdörrar för att minska antalet fallolyckor för patienter
	Ny utrustning inklusive användbarhetstestning	Enkla tester av blodglukosmätare och testremor för polikliniska patienter samt val av den lämpligaste typen för aktuell patientgrupp
	Teknisk styrning (tvingande funktion)	Eliminera användningen av universaladaptorer och perifera enheter för medicinsk utrustning och använd slangar/kopplingar som endast kan anslutas korrekt (t.ex. intravenösa slangar)
	Förenkling av processer	Ta bort onödiga steg i processer
	Standardisering av utrustning eller process	Standardisering av fabrikat eller modell för de läkemedelspumpar som används inom hela sjukhuset. Användning av streckkoder vid läkemedelsadministrering
	Tydligt engagemang från ledningen	Ta del av enheternas patientsäkerhetsarbete. Stöd händelseanalysprocesser. Införskaffa nödvändig utrustning. Se till att bemanning och arbetsbörda är adekvat och rimlig
<b>Effektiva åtgärder</b>	Redundans	Att låta två sjuksköterskor, oberoende av varandra, beräkna doseringen av högriskläkemedel
	Utökning av personal eller minskning av arbetsbörda	Planera för att icke schemalagd personal kan hjälpa till vid de tider på dagen då arbetsbördan är som störst
	Förbättringar och ändringar av mjukvara	Använd datoriserade varningar för interaktioner mellan läkemedel
	Eliminera/reducera distraktioner	Ordna tysta rum för att programmera infusionspumpar för patientstyrd smärtlindring. Ta bort störmoment för sjuksköterskor vid programmering av läkemedelspumpar
	Utbildning genom simulatorbaserade övningar med regelbundna repetitionstillfällen och utvärdering	Utföra patientöverlämningar i simulerad miljö med efterföljande bedömning och utvärdering
	Checklistor/kognitiva hjälpmedel	Användande av checklistor vid operationer och andra ingrepp.
	Eliminera saker med snarlikt utseende eller namn	Förvara inte liknande produkter intill varandra i enhetens läkemedelsförråd
	Standardiserade kommunikationsredskap	Använd SBAR. Läs upp alla kritiska laboratorieresultat från ursprungskällan. Läs inmantill eller låt mottagaren repetera vid alla muntliga ordinationer av läkemedel. Använd en fast rutin vid överlämning av patient
	Utökad dokumentation, kommunikation	Dokumentera läkemedelsnamn och dos på intravenösa infusionspåsar
<b>Mindre effektiva åtgärder</b> (i högre grad beroende av att människor kommer ihåg det rätta sättet att utföra uppgifter)	Dubbel kontroll	En person beräknar doseringen och en annan person granskar beräkningen
	Varningar	Inför larmsignaler eller varningsetiketter
	Nytt förfarande / PM / riktlinje	Kom ihåg att kontrollera intravenösa instickställen varannan timme
	Utbildning	Demonstrera den korrekta användningen av komplicerad medicinskteknisk utrustning
Åtgärdshierarkins nivåer och kategorier som finns beskrivna i den svenska handboken utgår från Root Cause Analysis Tools, VA National Center for Patient Safety		

## **Mätning av genomförande och effektivitet**

Föreslagna åtgärder måste genomföras och deras effektivitet följas upp för att patientsäkerheten ska förbättras. För att säkerställa att vidtagna åtgärder genomförs ska en enskild person (inte en arbetsgrupp) ges ansvaret för att varje åtgärd genomförs före ett fastställt datum. Denna person måste ges mandat att genomdriva förändringar samt få de resurser som krävs. Ansvaret bör inte delas mellan flera olika personer, eftersom det riskerar innebära att ansvaret urvattnas och att sannolikheten för ett framgångsrikt genomförande minskar.

Varje åtgärd som analysteamet identifierar och föreslår kräver minst ett måttal eller mått, vilket antingen kan vara ett processmått eller ett resultatmått. Ett processmått kan vara något så enkelt som att dokumentera att åtgärden har värderats och genomförts eller inte genomförts.

## **Återkoppling**

Det är väsentligt att inblandad personal liksom inblandade patienter/anhöriga får återkoppling på händelseanalysens slutsatser. De ska också få tillfälle att yttra sig över de föreslagna åtgärderna. Återkoppling till organisationen är också väsentlig för att skapa en lateral säkerhets- och rapporteringskultur, genom att samtliga anställda får se de förbättringar som en händelseanalys lett till.

## **Stöd från chefer**

För att händelseanalyserna ska lyckas är det avgörande med stöd från organisationens samtliga nivåer, inklusive den högsta ledningen, vilket visas genom en lämplig resurstilldelning. Varje åtgärd som analysteamet föreslår bör värderas av ansvarig person i ledningen (i Sverige ofta uppdragsgivaren). Om en åtgärd förkastas, ska skälet dokumenteras och meddelas analysteamet, så att teamet kan förstå den begränsning som hindrar genomförandet samt få tillfälle att ta fram en alternativ åtgärd.

Händelseanalysens resultat, inklusive identifierade risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag, bör presenteras för ledningen för granskning och kommentarer. Tabell 2 och 3 visar hjälpmedel som kan användas vid granskning av händelseanalyser. Ledningen måste därefter bedöma åtgärdsförslagets tillämpbarhet i ett större sammanhang och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Genomgång av händelseanalyserapporter bör vara en stående punkt på ledningsmötens dagordningar.

Tabell 3. Kännetecken på en ineffektiv händelseanalysprocess

**Om en eller flera av följande faktorer stämmer, behöver händelseanalysprocessen gås igenom på nytt och revideras:**

- Inga bakomliggande orsaker har identifierats, eller information kring de bakomliggande orsakerna saknas
- En eller flera individer har identifierats som orsak till händelsen
- Inga ”mycket effektiva” eller ”effektiva” åtgärdsförslag har identifierats
- Orsaksbeskrivningarna följer inte de fem reglerna för orsakssamband (se tabell 4)
- Inga bakomliggande orsaker har identifierats eller bakomliggande orsaker har föreslagits, som inte är inriktade på de sårbara delarna av systemet
- Uppföljningen av åtgärdsförslag har tilldelats en grupp i stället för en person
- Åtgärdsförslagen saknar slutförandedatum eller meningsfulla process- och resultatmått
- Granskningen av händelsen har tagit mer än 45 dagar att genomföra
- Det finns svag tilltro till att genomförande och upprätthållande av föreslagna åtgärder ska leda till en minskning av risken att liknande händelser inträffar igen

**Mätning av händelseanalysprocessens effektivitet och hållbarhet**

En rekommendation är att händelseanalysprocessen årligen utvärderas av ledningen vad gäller effektivitet och fortsatt förbättring. Följande utgör exempel på användbara mått:

- Andel av bidragande faktorer som uppfyller de fem reglerna för orsakssamband (se tabell 4)
- Andel av händelseanalyser med minst en mycket effektiv eller effektiv åtgärd
- Andel av åtgärder som klassificerats som mycket effektiva eller effektiva
- Andel av åtgärder som genomförts i tid
- Andel av åtgärder som fullföljts
- Revisioner eller andra kontroller som ger en oberoende bekräftelse på att riskfaktorer har påverkats långsiktigt
- Personalens och patienternas tillfredsställelse med händelseanalysprocessen (enkätundersökning)
- Andel händelseanalyser som presenterats för högsta ledningen

Tabell 4 Fem regler för orsakssamband

### Regel 1. Uttryck tydligt kopplingen mellan orsak och verkan

- **Undvik:** ST-läkaren var trött
- **Använd:** ST-läkare är schemalagda 80 timmar per vecka, vilket orsakar trötthet, som i sin tur ökar risken för fel när ordinationer läses

### Regel 2. Använd specifika och korrekta termer för vad som hänt

Använd inte negativa och vaga uttryck såsom: otillräcklig, inadekvat, fel, dålig, misslyckad, vårdslös

- **Undvik:** Manualen är dåligt skriven
- **Använd:** Manualen är tryckt med typsnittsstorlek 8 och saknar illustrationer. Som en konsekvens av detta används den i praktiken aldrig, vilket i sin tur ökar risken att infusionspumpar programmeras felaktigt

### Regel 3. Mänskliga fel har en föregående förklaring

- **Undvik:** ST-läkaren valde fel dos, vilket ledde till att patienten fick för stor dos läkemedel
- **Använd:** I det datorbaserade ordinationssystemet presenteras läkemedel och doser på skärmen utan tillräckliga mellanrum, vilket ökar risken att fel dos oavsiktligt väljs, vilket riskerar att leda till över- eller underdosering

### Regel 4. Bristande följsamhet till rutiner/riktlinjer är inte en orsak, utan har en föregående förklaring

- **Undvik:** Röntgensjuksköterskorna följde inte riktlinjerna vid CT-undersökning, vilket ledde till att patienten fick en injektion av luft från en tom spruta, som orsakade en dödlig luftemboli
- **Använd:** Hög ljudnivå och bristande avskildhet i förberedelserummet, i kombination med krav på hög produktion, ökar risken att delar av riktlinjerna inte följs, vilket kan resultera i en injektion av luft från en tom spruta

### Regel 5. Underlåtenhet att göra något är en orsak till fel enbart om det finns uttalat att något ska göras

- **Undvik:** Sjuksköterskan kontrollerade inte regelbundet (var 30:e minut) om det fanns en ordination för trombosförebyggande behandling, vilket ledde till en fördröjning av behandlingen och en ökad risk för trombos
- **Använd:** Frånvaron av en arbetsbeskrivning för ansvarig sjuksköterska att vid givna tidpunkter kontrollera om en ordination för trombosförebyggande behandling finns, ökar risken att en ordination inte uppmärksammas, och att behandling fördröjs

# Slutsats och rekommendationer

## Slutsats

Nyckeln till att skapa en fungerande händelseanalysprocess ligger i ledningens stöd. Ett lyckat genomförande består i att:

- Arbeta med en transparent riskbaserad metodik för prioritering av händelser
- Välja ut rätt personal till analysteamet
- Förse teamet med verktyg, resurser och tid att genomföra analyser
- Identifiera minst ett mycket effektivt eller effektivt åtgärdsförslag i varje analys
- Mäta och återkoppla genomförda åtgärder för att bedöma om de varit effektiva.

Verktyg som riskbaserade prioriteringsmatriser, kompletterande frågor, fem regler för orsakssamband och åtgärds hierarki hjälper teamet att identifiera och kommunicera orsaksfaktorer samt att vidta åtgärder som förbättrar patienternas vård och säkerhet.

## Rekommendationer

Ledningen bör aktivt medverka i händelseanalysprocessen. Detta kan göras genom att stödja processen, godkänna och regelbundet granska åtgärdsförslagets status, förstå vad en bra händelseanalysrapport bör innehålla samt vidta åtgärder när analyserna inte uppfyller minimikraven:

- Ledningen bör granska händelseanalysprocessens effektivitet åtminstone årligen
- Händelser som inte lämpar sig för en händelseanalys bör på förhand definieras
- Tid ska avsättas inom normala arbetstider för den personal som ska delta i ett analysteam, inklusive tid för möten, undersökningar och intervjuer
- Återkoppling av slutsatser bör ges till anställda som varit inblandade i händelsen, liksom till patienter, andra aktörer och/eller anhöriga

# LÄSTIPS:

- Mind the gap between recommendation and implementation—principles and lessons in the aftermath of incident investigations: a semi-quantitative and qualitative study of factors leading to the successful implementation of recommendations. Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. *BMJ Open*. 2014 May 29;4(5):e005326. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005326
- Incident investigations by the regulatory authority of Swedish healthcare – a 20-year perspective. Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. *Journal of Hospital Administration*. 2015; 4(6):68–76
- One event, three investigations: the reproduction of a safety norm. Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. *Safety Science*. (96) 2017; 75–83.

# Effektivisering av arbete med Händelseanalys

Denna skrift är en översättning och bearbetning av valda delar av ”RCA<sup>2</sup> – Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm”, framtagen av NPSF (National Patient Safety Foundation) i USA. Mycket av det som tas upp i publikationen från NPSF finns redan i den svenska handboken i Risk- och Händelseanalys, men det finns också intressanta avsnitt som inte tas upp i den. Syftet med skriften är därför att komplettera den svenska handboken med resultat från den senaste internationella utvecklingen.

Upplysninger om innehållet  
Eva Estling, [eva.estling@skl.se](mailto:eva.estling@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017  
ISBN: 978-91-7585-489-2  
Produktion: ReKo