



inera

Nitha

Användarmöte

2020-10-22

Agenda 22 oktober 2020

- Presentation/Inera info
 - Presentation GDPR – säkerställa att PU inte överförs till KB
 - Thomas inspirerar
 - › Varför göra händelseanalys och varför fokusera på fel?
 - Grafverktyget – DEMO
 - Versions- och tekniklyft
 - Kontaktväg för support
 - › Alla ärenden via Kundservice
 - Diskussionsområden
-

Välkommen!

Kul att just du kunde vara med idag!

Vem är du?

Var arbetar du?

Vilken erfarenhet har du av Nitha?



Analysen i Nitha

Indelat per status

Totalt antal händelseanalyser startade i Nitha	Pågående händelseanalyser	Kvalitetsgranskade / låsta händelseanalyser	Överförda / uppföljda händelseanalyser till Kunskapsbanken
6055 <i>+ 478 inaktiverade</i>	2738	284 / 563 847	2339 / 131 2470

Datauttag: 20 september kl. 12:40

Användning av Nitha

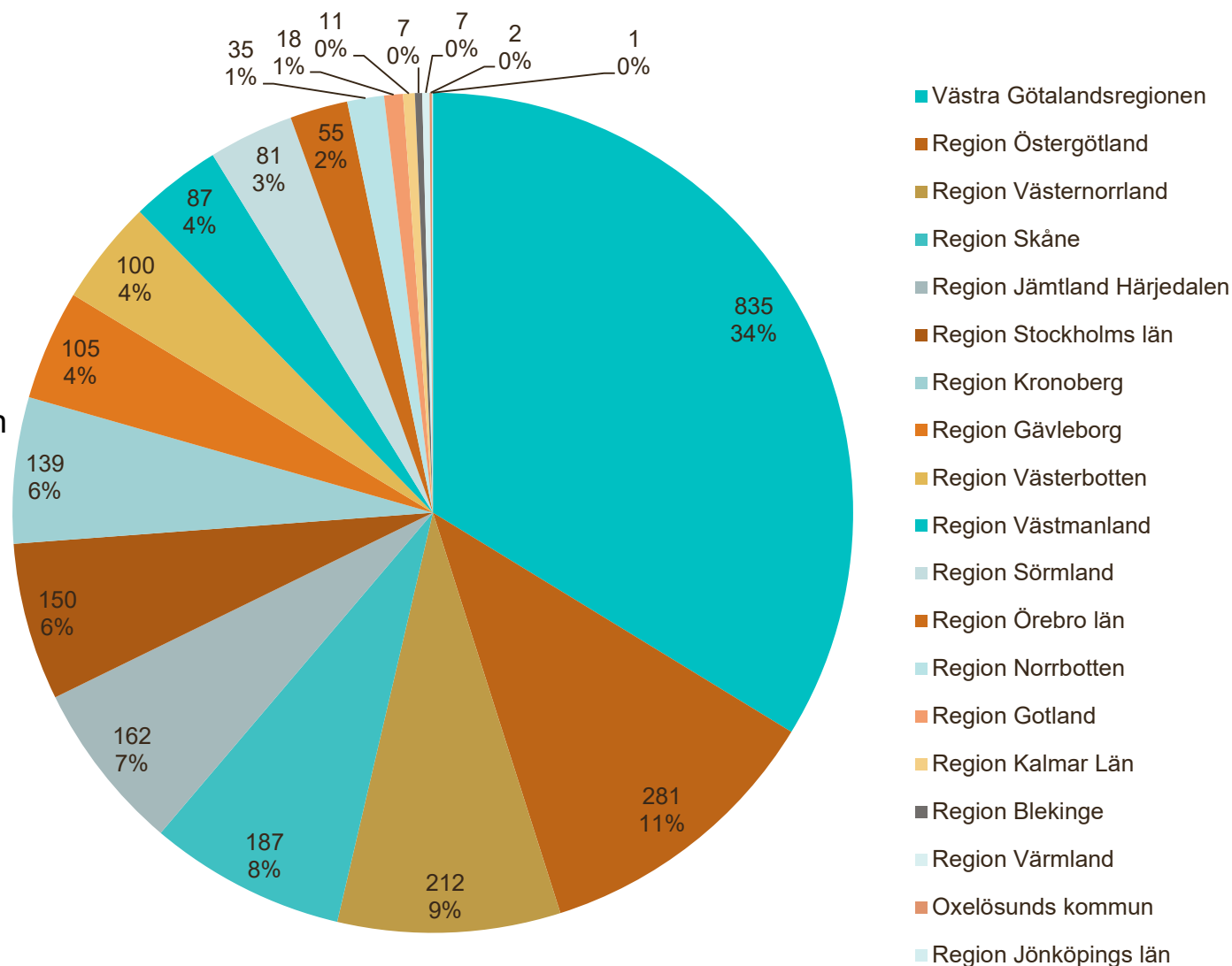
Anslutna:

19 regioner/landsting

5 kommuner

Användning:

18 regioner samt 1 kommun
har publicerat analyser i
Kunskapsbanken



Datauttag: 20 september kl. 12:45

Läget för Nitha

Nitha är en valbar tjänst jmf med solidarisk finansiering

Fortsatt under utredning om Nitha ska förvaltas inom Inera, inget nytt att rapportera i denna fråga.

Påbörjat versions- och tekniklyft

grafverktyget

Översyn av manualer ska ske. Planeras klart 2021 för att få med förändringen av grafverktyget



GDPR – inga PU till Nitha KB

Release 3 december kl. 07-12

Del 1:

Kontroll av personuppgifter i Nitha innan låsning. Genomgång av dokument som lagts upp (Word-format) ffa rapport och bilagor (ej PDF)

- Centralt (nitha förv.) – personnummer, e-postadress, telefonnummer mm.
- Lokalt (vårdgivare) – ärendenummer för avvikelshanteringssystem, diarienummer mm.

Ska ses som ett stöd vid arbete inför överföring. Den som överför har ansvaret att inte sprida personuppgifter till Nitha kunskapsbank.

Användarinstruktion - utkast finns framtaget

GDPR – inga PU till Nitha KB

Del 2:

Ny roll kommer finnas tillgänglig

Överföringsansvarig

- Valbar per vårdgivare dvs per region/kommun (Nivå-1)
- Flera personer kan ha denna roll.
- Om det är valt i Nitha analys är detta de enda personerna i vårdgivarorganisationen som kan överföra analyser till Nitha kunskapsbank

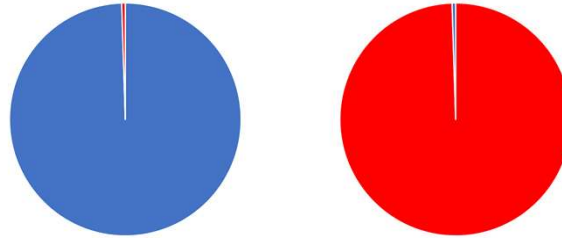
Arbetsbeskrivning ska tas fram

Thomas inspirerar



Varför göra händelseanalys och varför fokusera på fel?



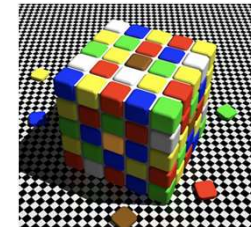


Varför göra händelseanalys och varför fokusera på fel?

Nitha användarmöte 201022

Thomas Brezicka, chefläkare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset





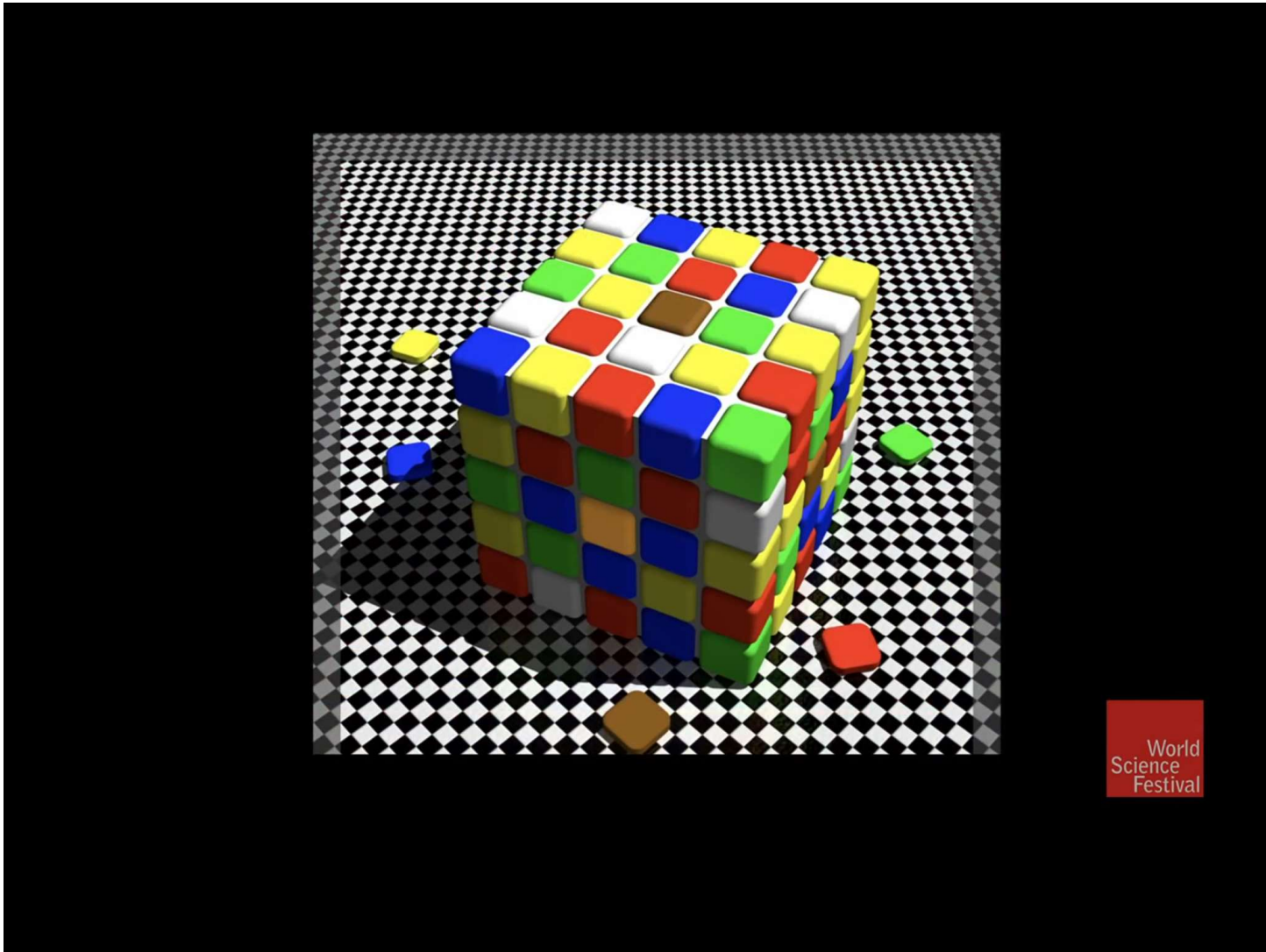
Filmen om Jewel Beetle

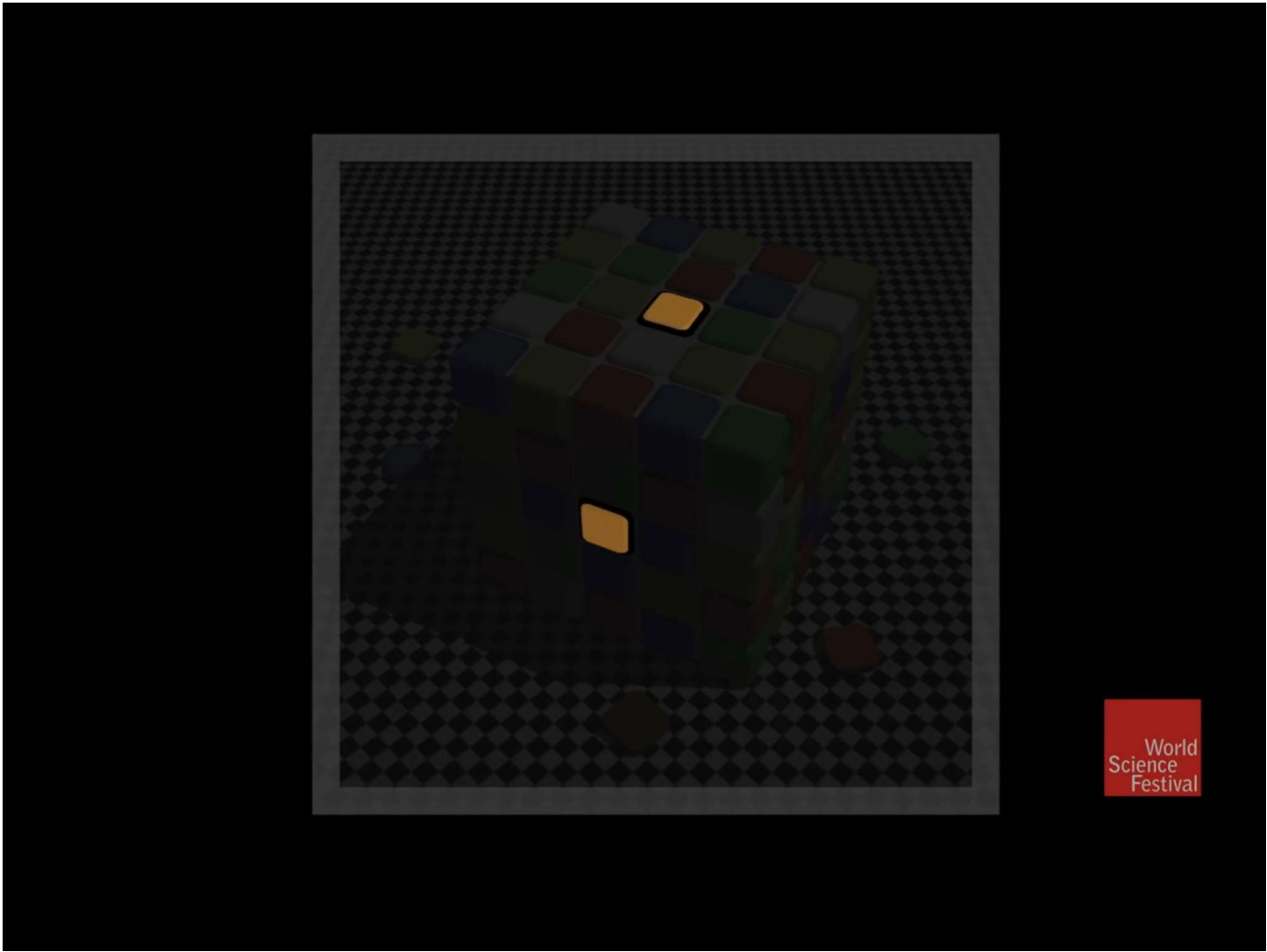
<https://www.youtube.com/watch?v=7nStp4urqcM>

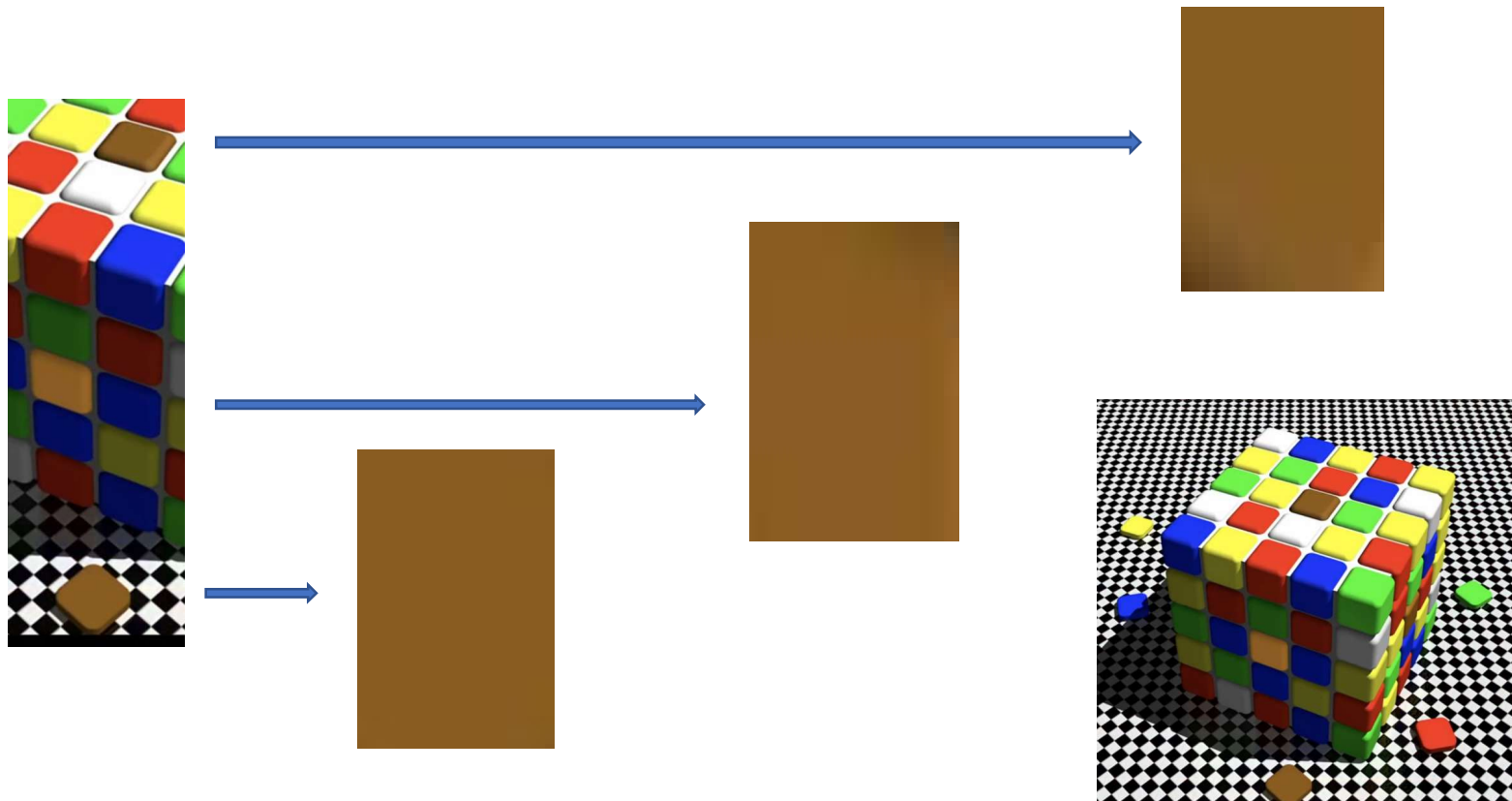
Filmen börjar 1:17 in i Tiny Beasts – Part 1 Jewel Beetle

Saker är inte alltid vad de ser ut att vara

- Slutsatser om verkligheten kan om de är förhastade och inte är noga genomtänkta vara felaktiga – hur självklara de än kan te sig
- Hjärnan lurar oss!

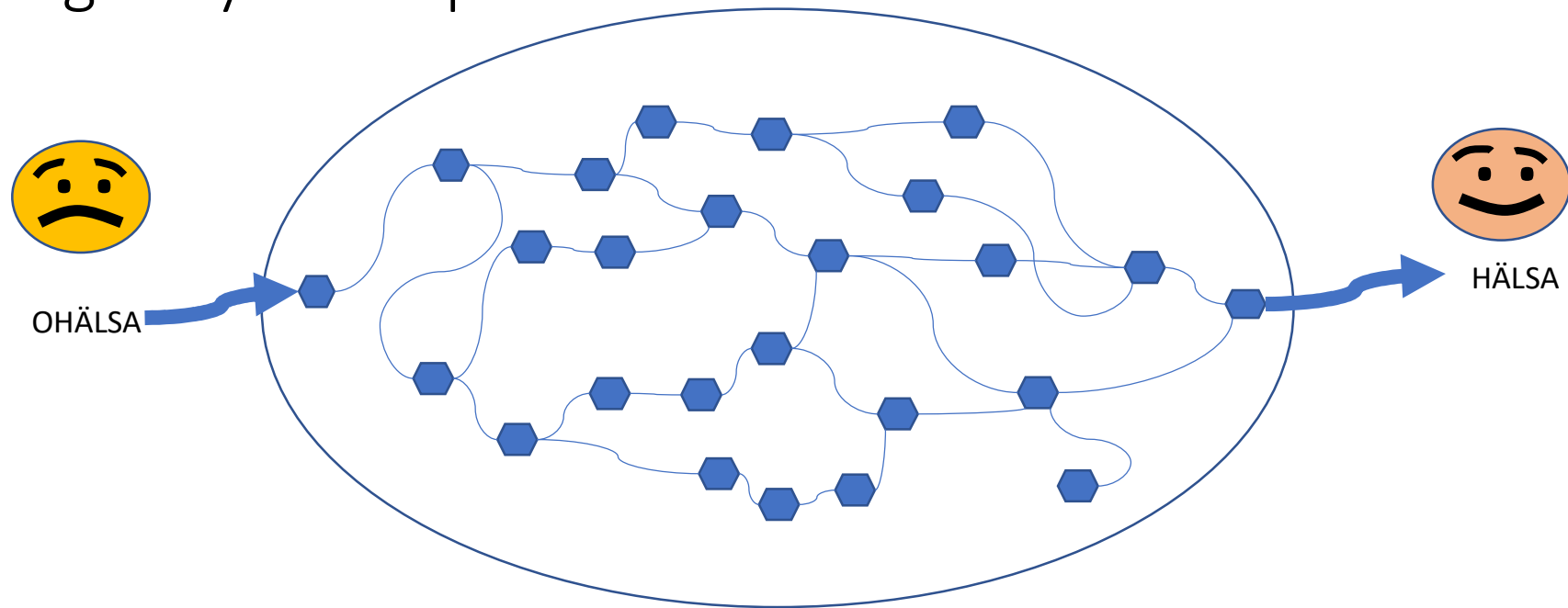




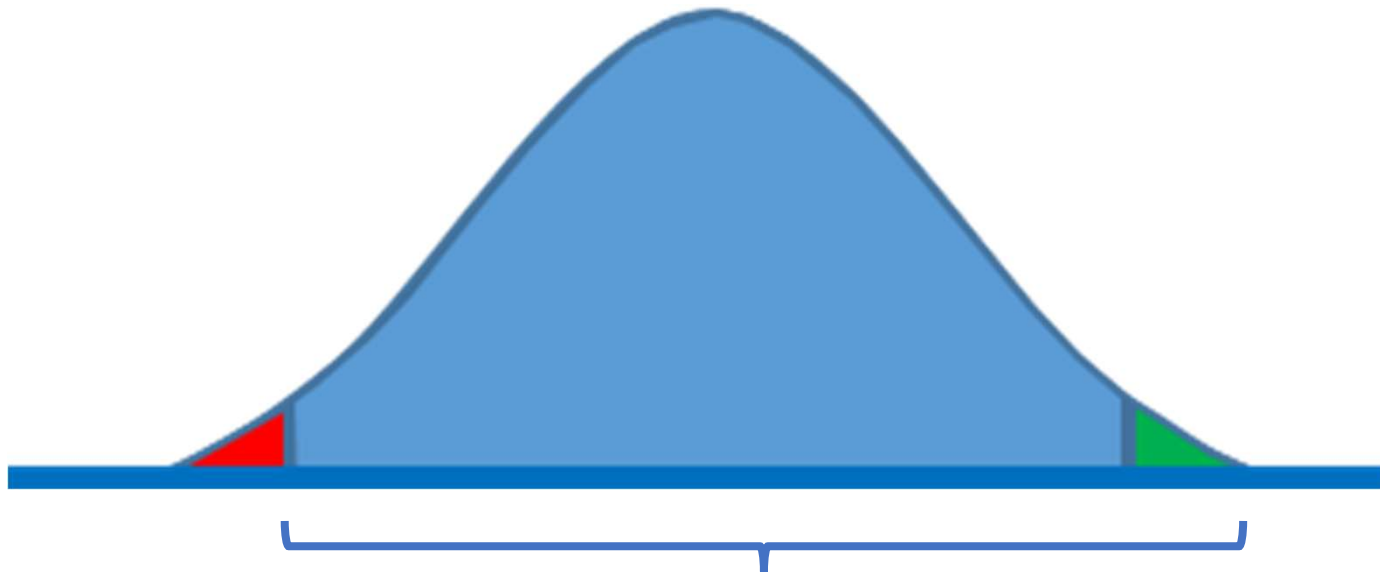


- Evolutionen har inte gett skalbaggen några verktyg för att vara säker på vad som är en hona – den har bara sina sinnen och sin (lilla) hjärna att lita på
- Evolutionen har gett människan en hjärna som är i stånd att göra mer än vad livet på savannen kräver, t ex att spela piano och skriva poesi
- Människan har skaffat sig verktyg för att se verkligheten på ett mer ”korrekt” sätt
 - En mobiltelefon för att ta bilder för närmare analys av färger
 - En metod för händelseanalys vid oönskade utfall av det komplexa hälso- och sjukvårdssystemet

Sjukvård är ett komplext system som mestadels gör nytta för patienten

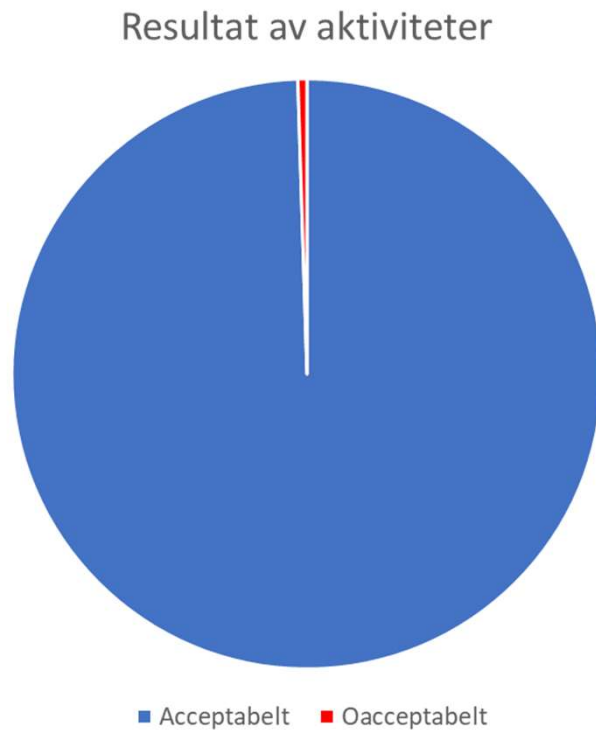


Hur genomför vi våra uppgifter?

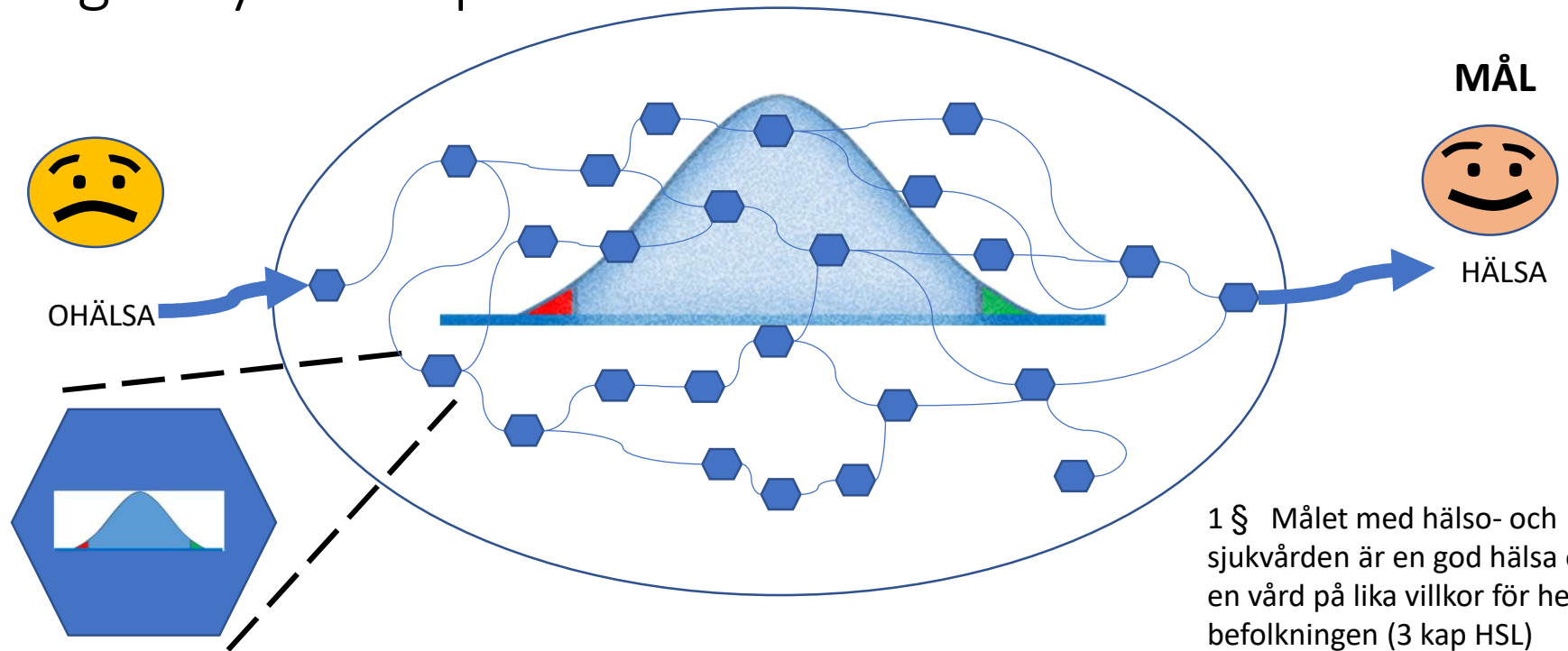


Vi gör för det mesta rätt

Genomförande och utfall av aktiviteter i komplexa system som hälso- och sjukvård

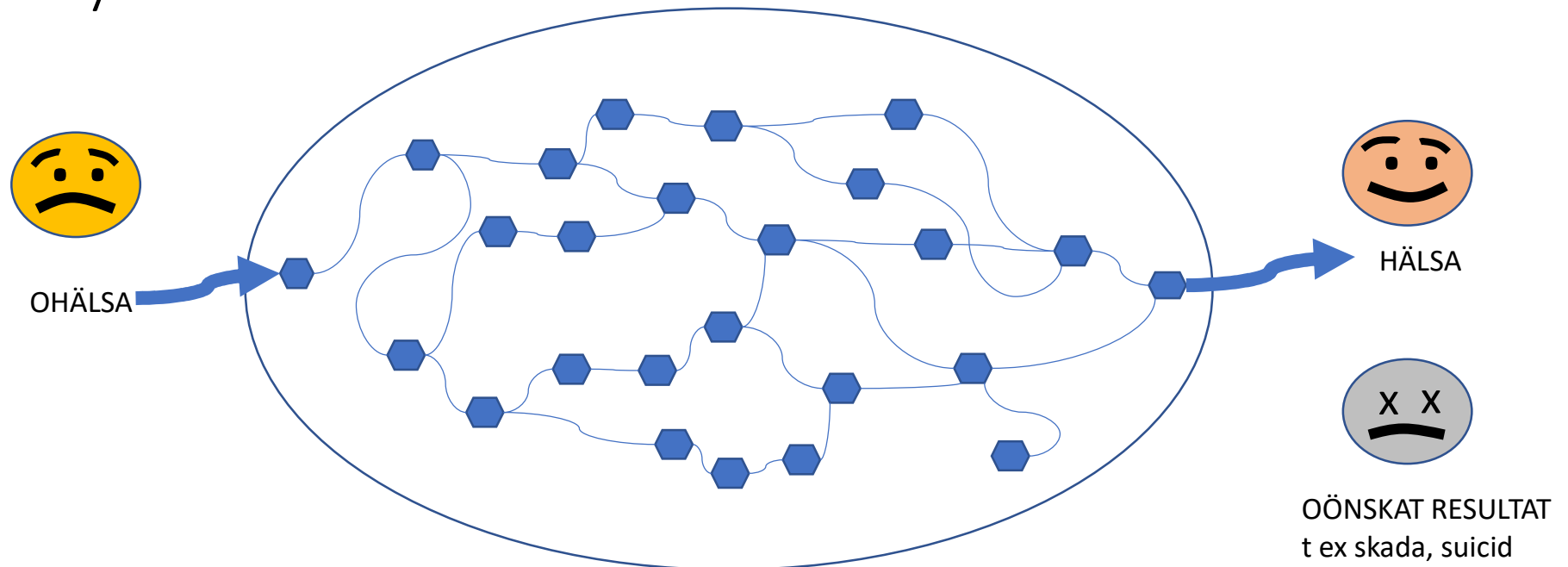


Sjukvård är ett komplext system som mestadels gör nytta för patienten

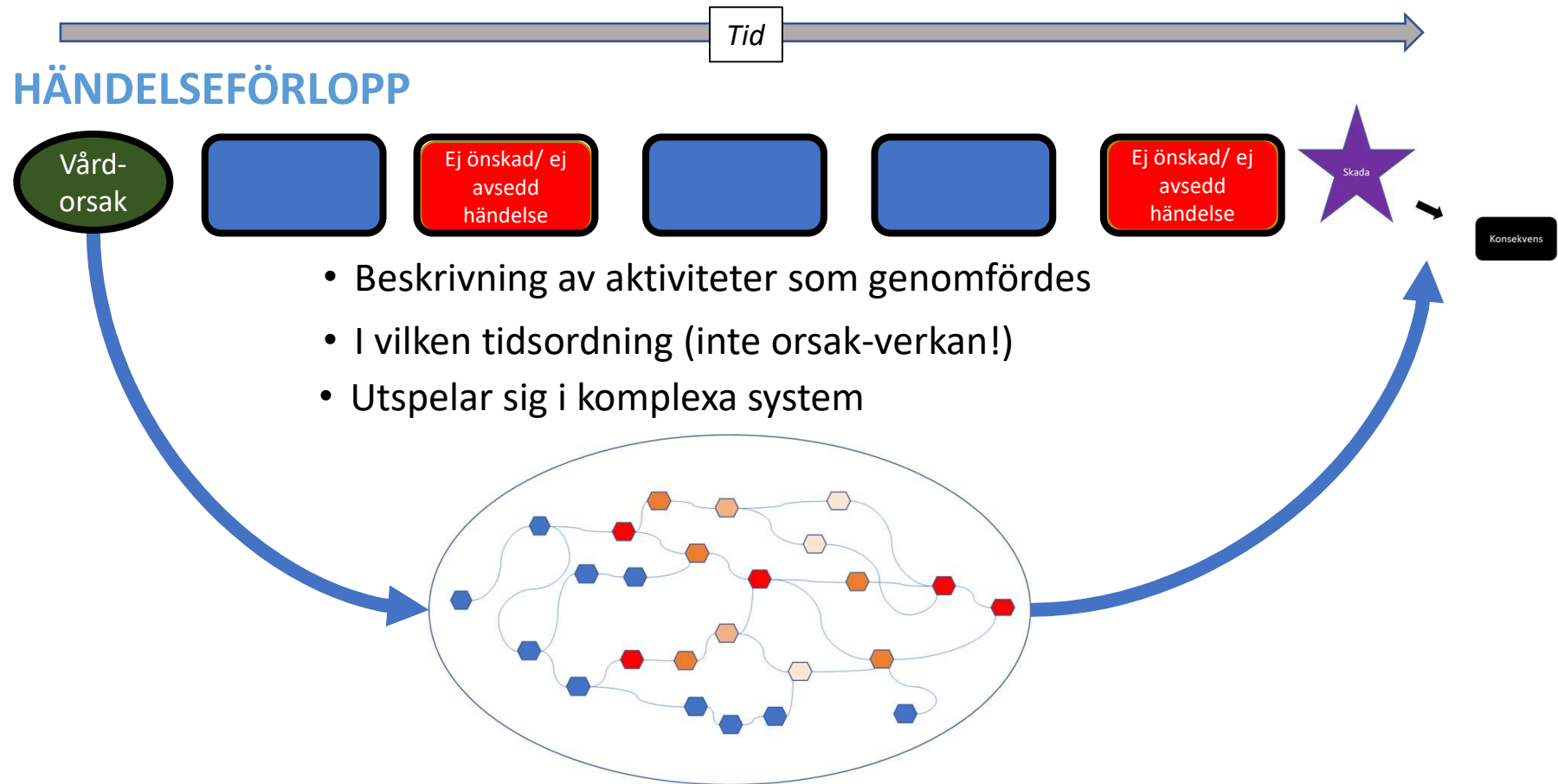


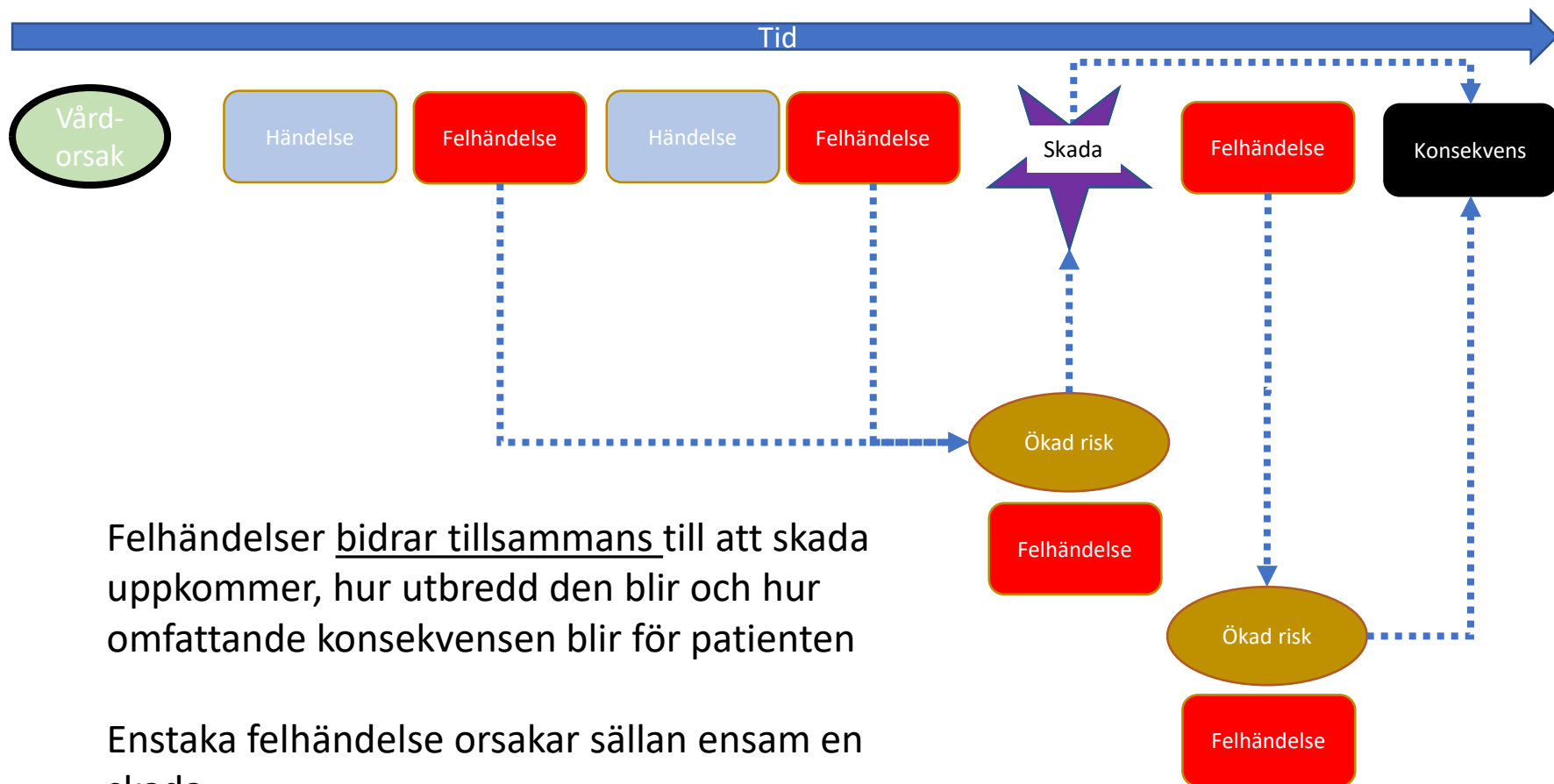
1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap HSL)

Ibland uppkommer oönskade resultat i samma system



HÄNDELSEFÖRLOPP



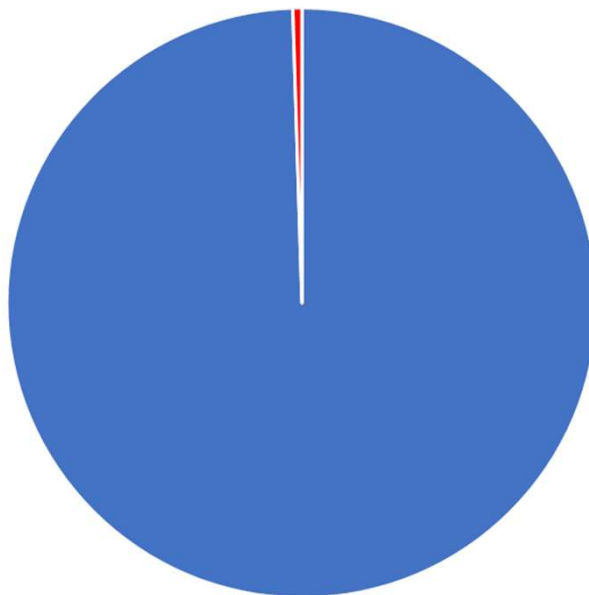


Felhändelser

- Hur en aktivitet genomfördes (inte resultatet av aktiviteten)
 - Aktiviteten utfördes bristfälligt
 - Aktiviteten fördröjdes
 - Aktiviteten som borde ha utförts uteblev
 - Aktiviteten som utfördes var felaktig (inte rätt aktivitet)
- Det finns ofta flera felhändelser i ett händelseförlopp
- Underlag:
 - Personalens och patientens/närståendes berättelser
 - Yttrande (i förekommande fall) från kunnig om vetenskap och beprövad erfarenhet och om vilka rutiner som gäller i verksamheten
 - Rutiner och riktlinjer
- Medverkan i teamet från ämnes- och verksamhetskunniga

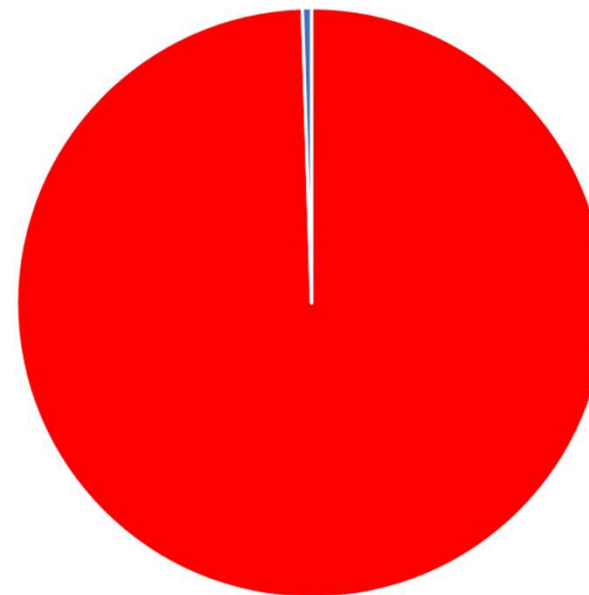
Genomförande och utfall av aktiviteter i komplexa system som hälso- och sjukvård

Resultat av aktiviteter



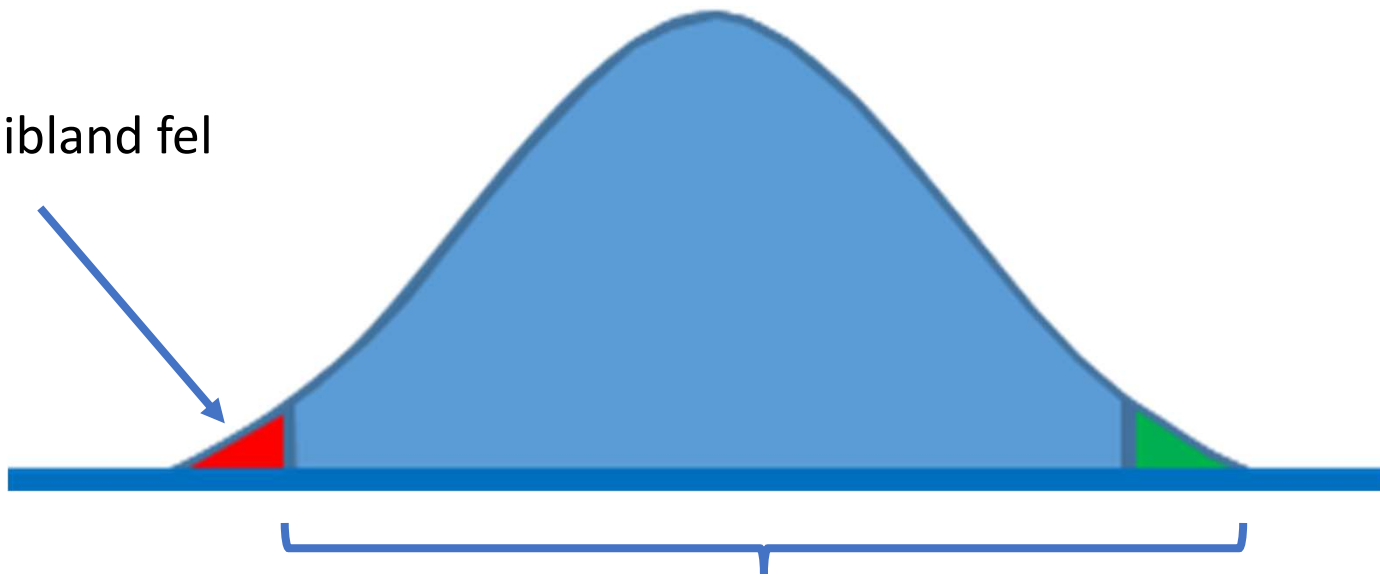
■ Acceptabelt ■ Oacceptabelt

Möjliga genomföranden av aktiviteter

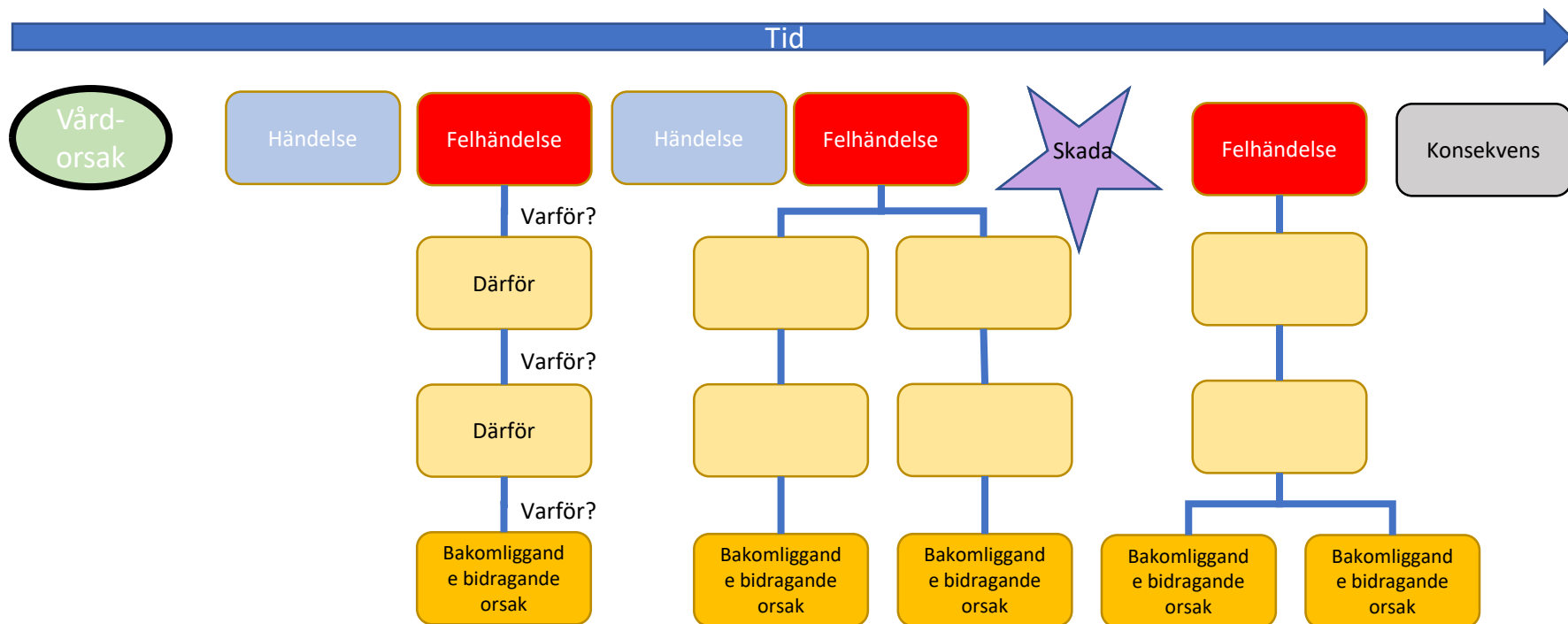


■ Oacceptabla sätt ■ Acceptabelt

Vi gör ibland fel

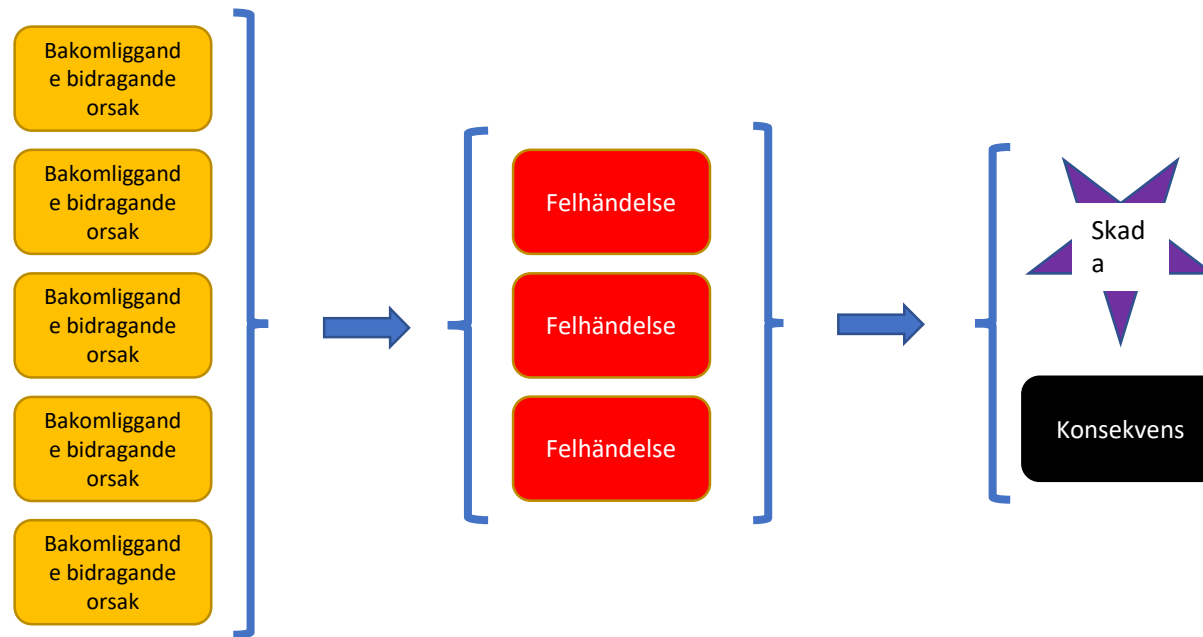


Vi gör för mesta rätt

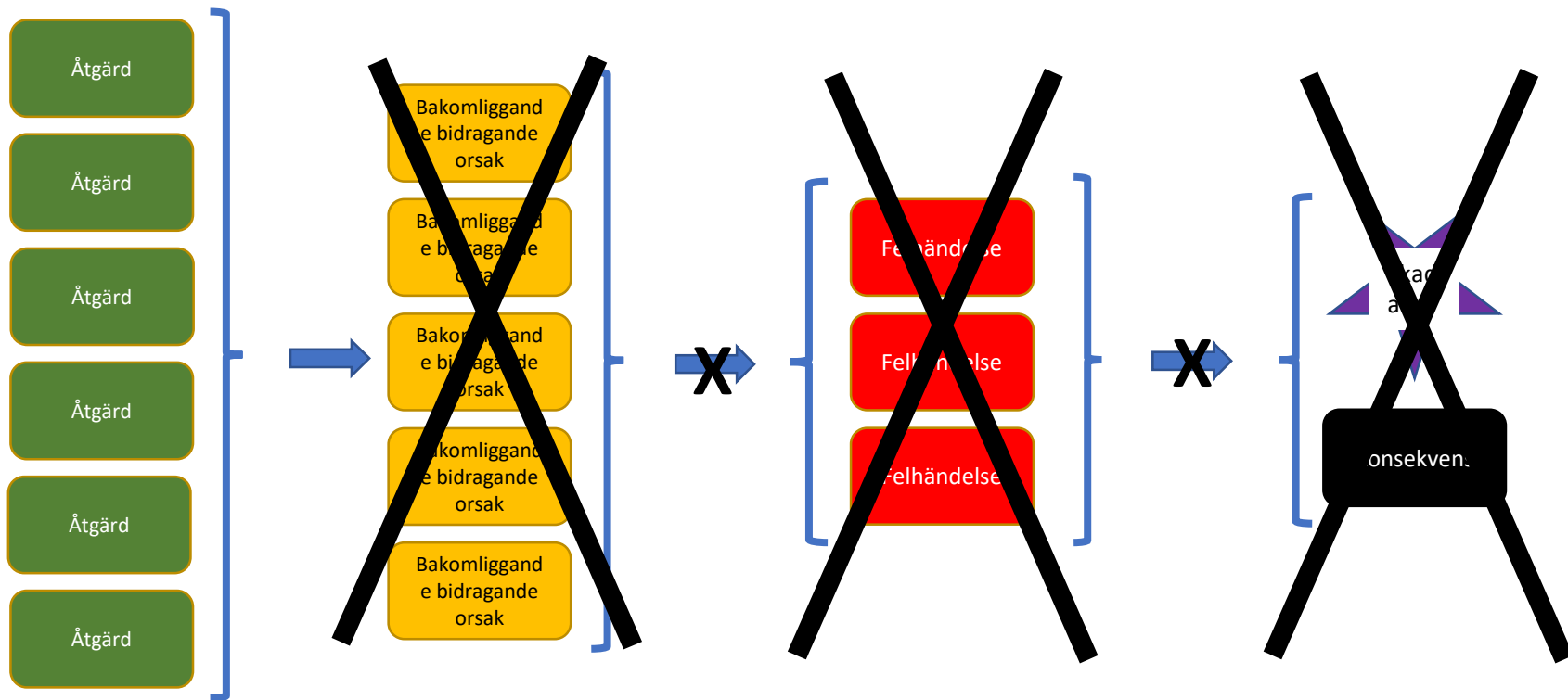


Bakomliggande bidragande orsak: strukturell/systemisk faktor som bidrog till felhändelse

Felhändelser och bakomliggande bidragande orsaker utgör faktorer som påverkar händelseförloppet, d v s till uppkomst av skada och konsekvens



Syftet med åtgärderna är att minska risk för upprepning av liknande (och andra) händelseförlopp

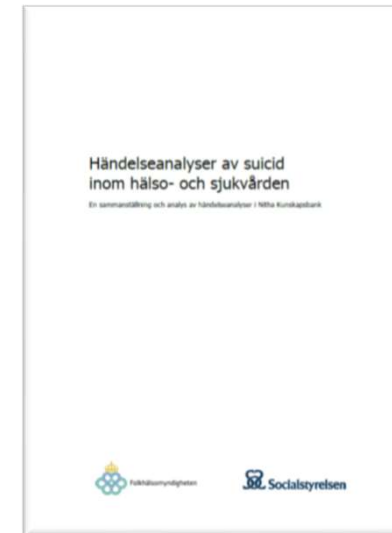


HA och felhändelser

Åtgärder på alla organisatoriska nivåer

- Mikro: i verksamheten som möter patienten
- Meso: vårdgivarövergripande och regionalt
- Makro: nationell aktörer
 - Professions- och disciplinföreningar
 - SKR, Inera
 - Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, IVO
 - Departement

Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården

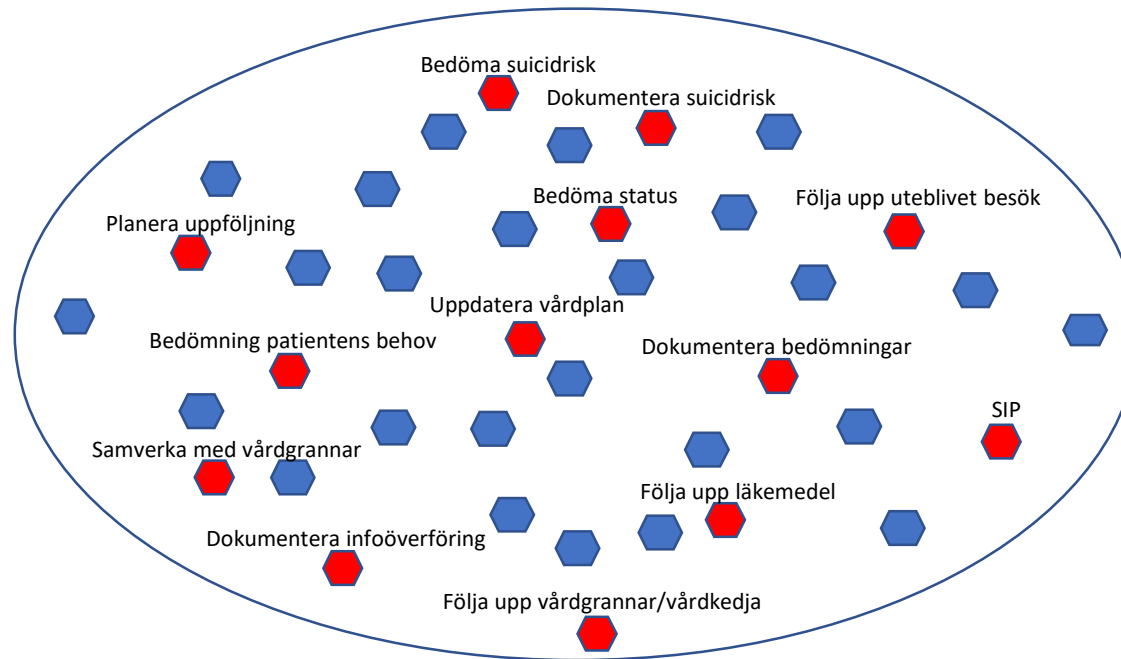


[En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank](#)

Felhändelser uppkommer ofta på flera ställen



OHÄLSA



HÄLSA



OÖNSKAT RESULTAT
t ex skada, suicid

Varför fokusera på fel?

- I det komplexa systemet orsakas oönskade utfall ofta av att flera felhändelser samverkar – flera aktiviteter har genomförts med oacceptabel precision
- Att lära sig hur fel kan uppkomma ökar medvetenheten om riskerna – reaktivitet
 - Aktiviteter där felhändelser ofta uppkommer bör i första hand stärkas
 - Genom orsaksanalys kan orsakerna till att fel uppkommer i aktiviteterna åtgärdas
- Medvetenhet om riskerna gör att man kan dämpa riskerna – proaktivitet
- Att göra fel mer sällan bidrar till att minska förekomst av vårdskador

Varför göra händelseanalys?

- Händelseanalys i komplexa system möjliggör upptäckt av fler felhändelser än vid den första anblicken – fler bidragande faktorer till uppkomst av vårdskador kan identifieras – precisionen i en utredning ökar och medför större chans till att vara mervärdeskapande
- Precisionen i en händelseanalys kan förbättras genom användning av Nitha analys – stöd som ökar följsamheten till händelseanalysmetoden
- Händelseanalyser som görs i Nitha kan överföras till Nitha kunskapsbank – denna är unik
 - Sprida erfarenhet till andra – tillgänglig för alla
 - Möjliggöra systematiska sammanställningar för att få ökad kunskap om risker som möjliggör åtgärder på alla organisatoriska nivåer

Grafverktyget DEMO

Utveckling som måste ske...

Ersätta Silverlight som grafverktyg i Nitha

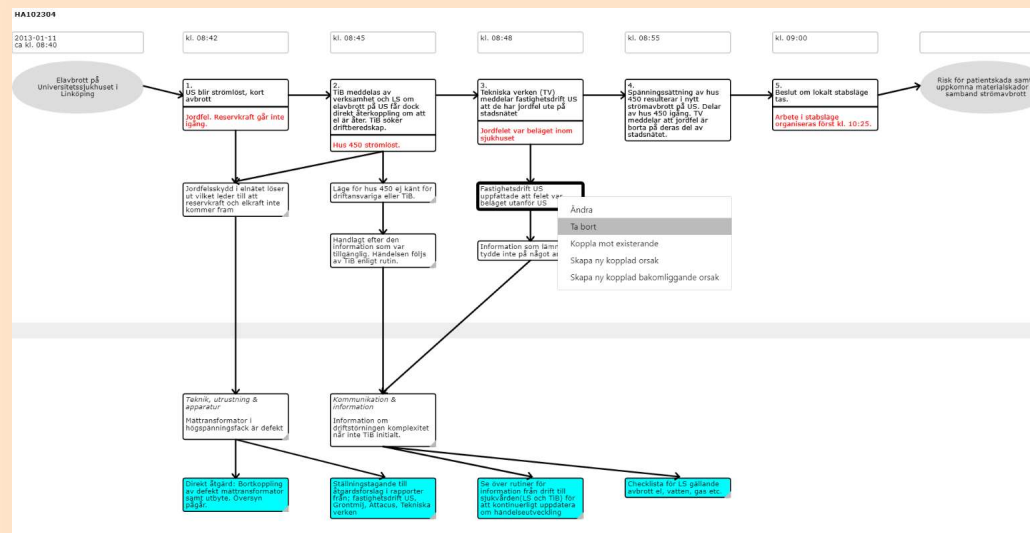
Arbete påbörjades 2018 för att anpassas för byte till ny driftleverantör. Stoppades dels pga mottagande av lösningsförslag samt av budget.

Nytt förslag demonstreras av Johan S på Sopra Steria.

Testa själv: <https://ineranithapoc.azurewebsites.net/>

En sida skapad för att kunna testa – ingenting sparas. Vid omladdning av sidan går den tillbaka till sitt ursprung

Sprint demos kommer finnas tillgängliga



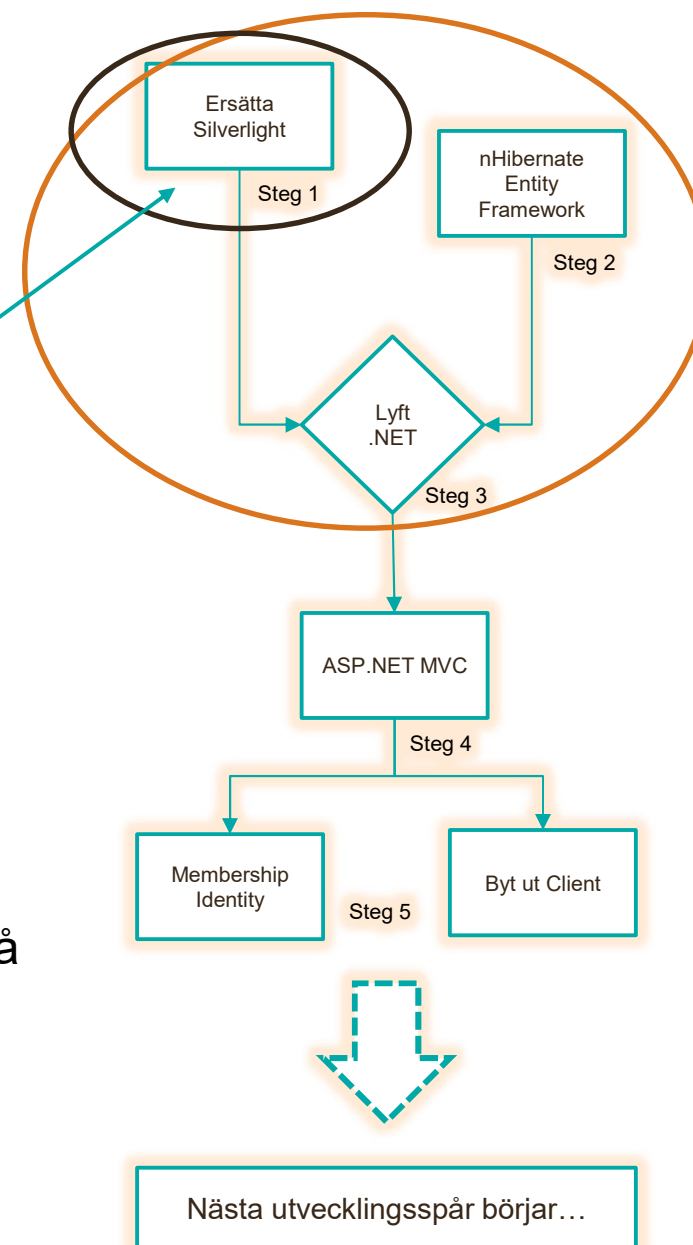
Versions- och tekniklyft

Stort behov av versions- och tekniklyft i Nitha!

1. Byta grafverktyg – PÅGÅR! Steg 1
2. Ej dokumentberoende - allt arbete sker i Nitha
3. Skapa webbläsaroberoende

Nästa steg är att frigöra budget för att möjliggöra att höja versioner av komponenter i Nitha så att vi kan gå i mål med punkt 2 och 3 ovan.

Fullgöra steg 2 (inleds i och med steg 1) och 3 i skissen.



Kontaktväg för support

Alla ärenden måste skickas till Ineras kundservice

<https://www.inera.se/kontakta-oss/>

- Felanmälan
- Användarstöd

Notera HA-nummer om hjälp i analys behövs

Mätbarhet

- hanteringstid
- kvantitet

Fler personer kan hantera ärenden

Felanmälan och användarstöd

Vill du anmäla ett fel? Eller behöver du hjälp med hur du ska använda någon av våra tjänster? Här kan du läsa om hur du går till väga.

När du behöver anmäla ett fel eller vill ha användarstöd kan du kontakta oss via formulär, telefon eller i vår självbetjäningsportal.

Felanmälan

Innan du gör en felanmälan, kontrollera driftstatus för att se om felet kan bero på en pågående driftstörning.

[Till driftstatus](#)

Börja med att kontakta den lokala it-supporten

Om du behöver anmäla ett fel ska du i de flesta fall börja med att vända dig till din lokala it-support. De tar ställning till om de kan åtgärda felet internt eller om de ska göra en felanmälan till oss.

I några undantagsfall kan du vända dig direkt till oss för att göra en felanmälan:

- om din organisation inte har en lokal it-support
- om felet gäller någon av följande tjänster: 1177 Vårdguidens e-tjänster, Egen provhantering, Stöd och behandling, 1177 Vårdguiden på telefon.

[Till formuläret för felanmälan](#)

HITTA PÅ SIDAN

- Felanmälan
- Användarstöd och förbättringsförslag
- Öppettider telefon
- Hantera ärenden i självbetjäningsportalen

Användarstöd och förbättringsförslag

Är du användare av någon av våra tjänster och behöver hjälp? Eller har du förslag på hur vi skulle kunna göra någon av dem bättre? Då är du välkommen att kontakta oss.

[Till formuläret för användarstöd](#)

[Till formuläret för förbättringsförslag](#)

Öppettider telefon

Om du vill kontakta oss på telefon når du oss på: 0771 - 25 10 10.

HITTA PÅ SIDAN

- Felanmälan
- Användarstöd och förbättringsförslag
- Öppettider telefon
- Hantera ärenden i självbetjäningsportalen

Diskussionsfrågor att ta med...

- Goda exempel på arbete med HA, åtgärder och uppföljning
- Vilket stöd kan behövas vid HA?
 - t ex suicidutredningar, diagnostiska fel, andra?
- Använda kunskapsbanken i analysarbete HA eller RA
- Vad är en felhändelse?
- Hur djupt ska en orsaksutredning drivas?
 - när ska den sluta? t ex följsamhet till rutiner
- Involvering
 - patient/närstående i HA
 - berörda i HA
- Uppföljning av HA
- Sekretessprövning av information i analys vid överföring till KB

