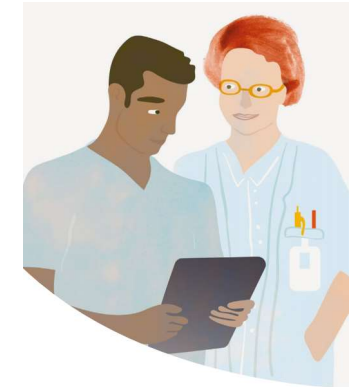




# Vad kan vi lära av händelseanalyser?



Diagnostiska fel  
LÄRDOMAR AV HÄNDELSEANALYSER



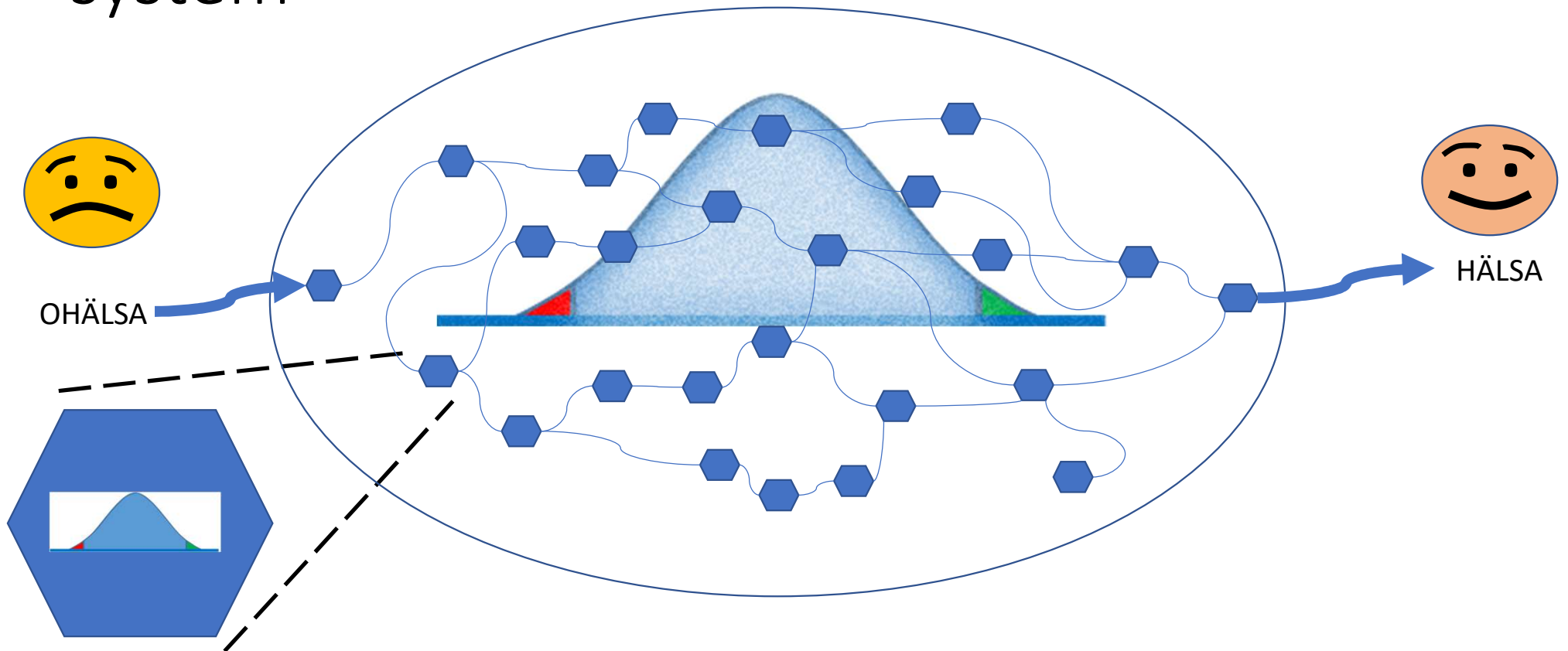
Resultat av två sammanställningar ur Nitha Kunskapsbank: Suicid och Diagnostiska fel  
Nitha användarmöte 200123, Stockholm

*Thomas Brezicka, chefläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

# Frågor man kan ställa sig och fundera över

- Vilken nytta har vi av att göra bra händelseanalyser?
- Vilken nytta har vi av att göra dem i Nitha Analys?
- Vilken nytta har vi av att överföra analyser till Nitha Kunskapsbank?
- Vilken nytta har vi av Nitha Kunskapsbank?
- Kan utredningar vid allvarliga händelser bidra till att stärka patientsäkerheten och vad behövs för att det ska ske?

# Goda resultat är resultatet av komplexa system

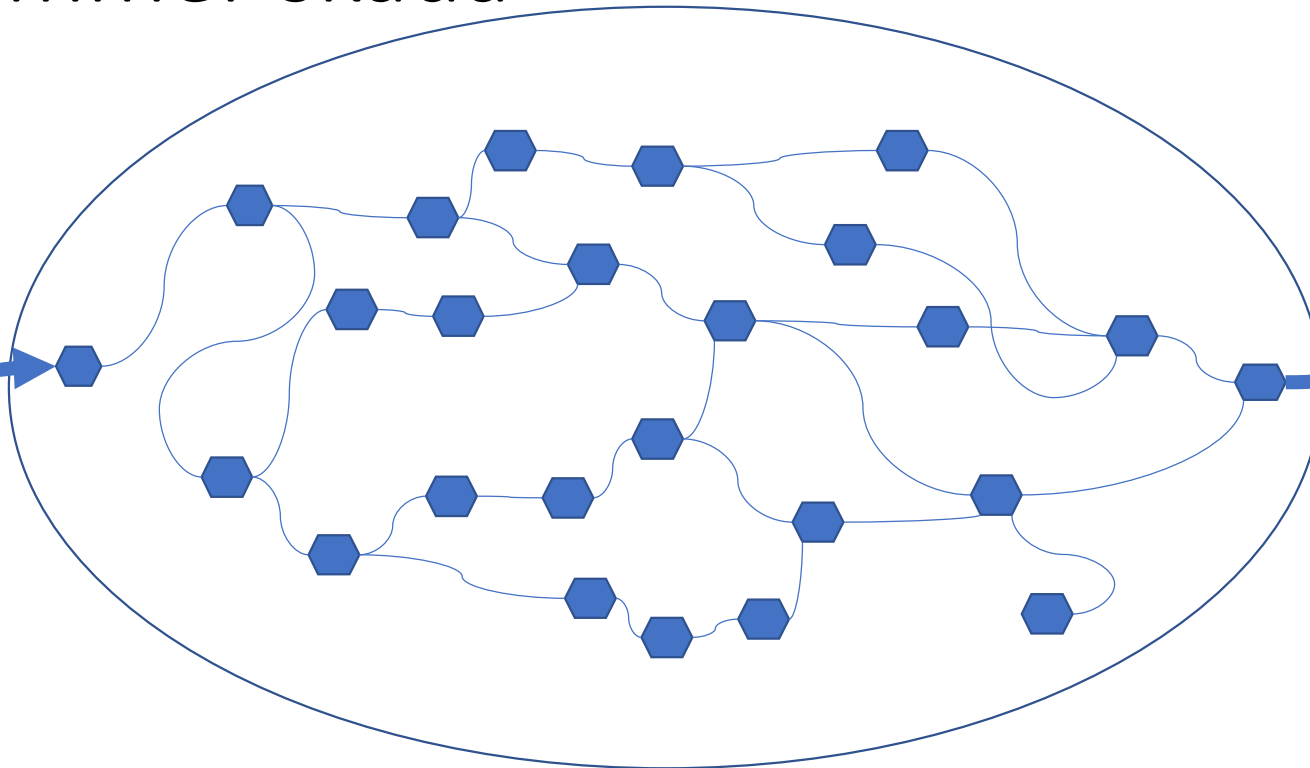


För det mesta går det bra men ibland  
uppkommer skada

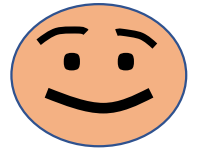
**Ingång**



OHÄLSA



**Resultat**



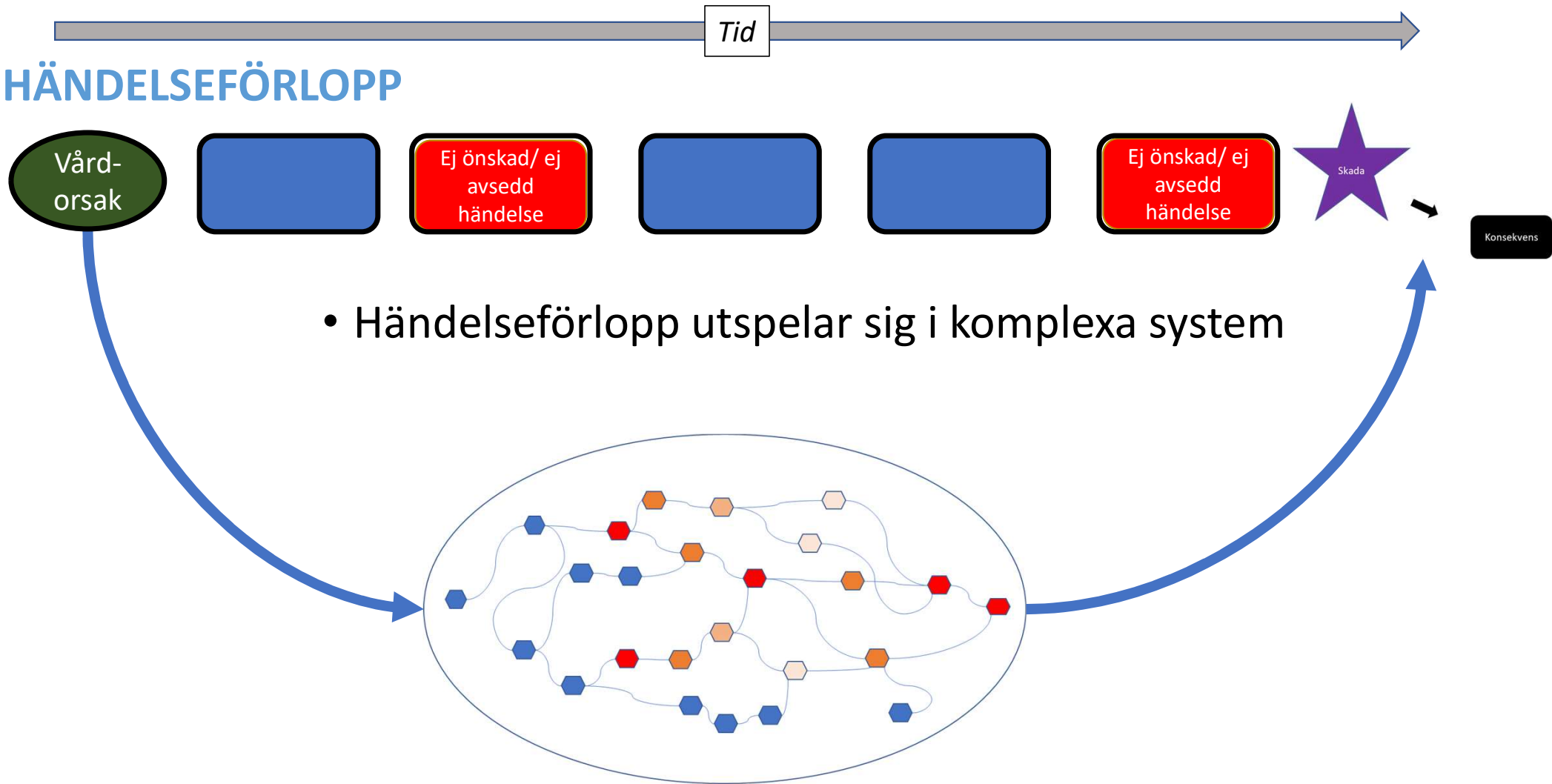
HÄLSA

**Mål**

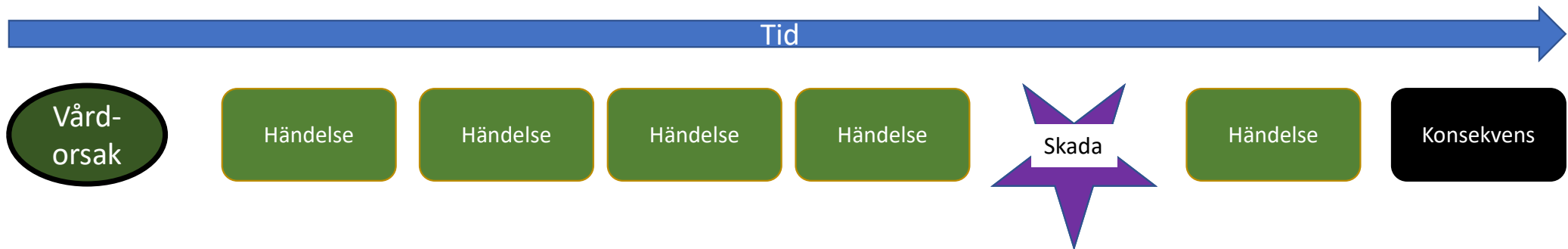


Oönskat/  
oväntat resultat

# HÄNDELSEFÖRLOPP

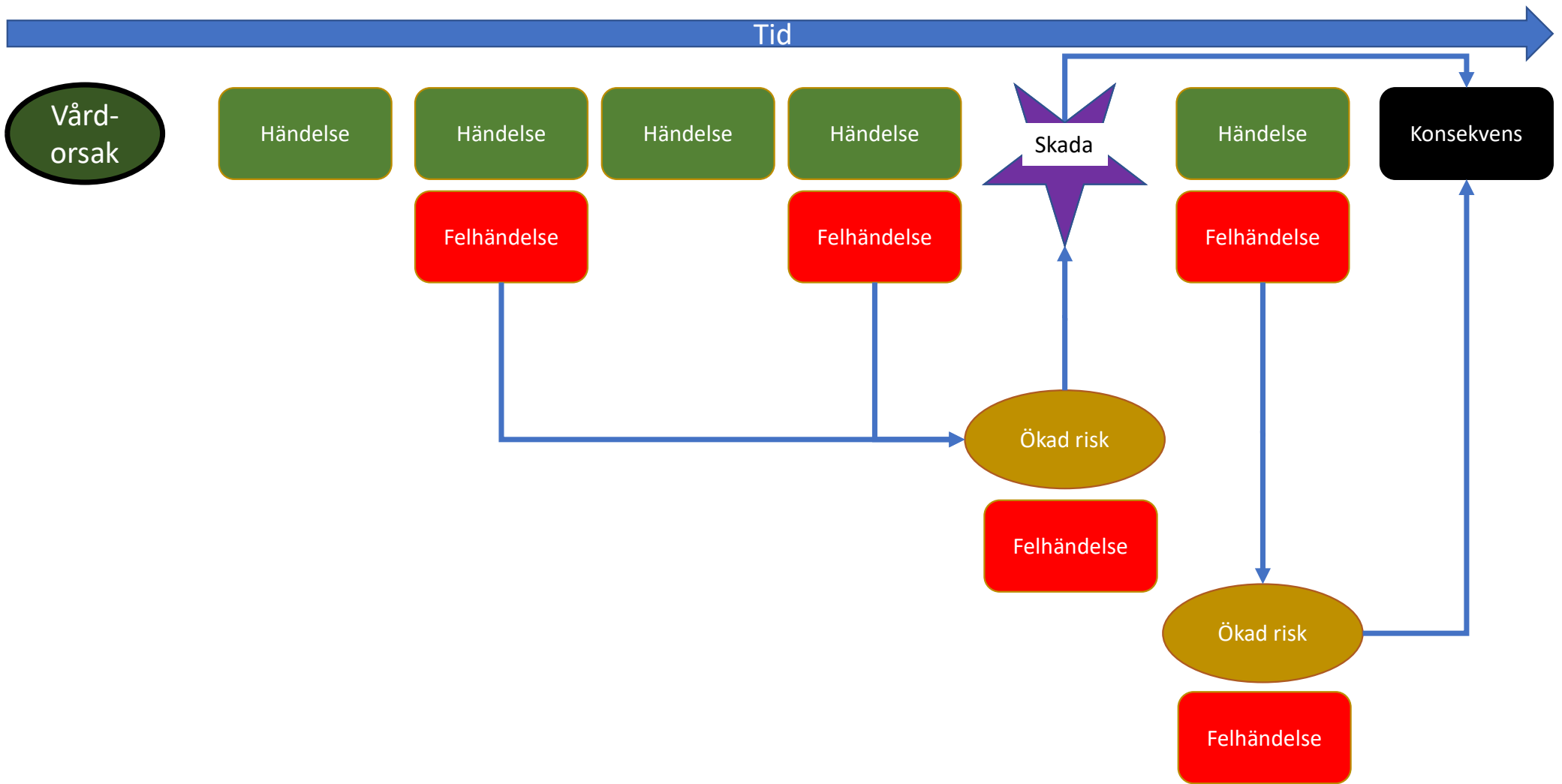


- Varje händelseanalys ger information om delar av det komplexa systemet
- Många händelseanalyser kan ge underlag för modeller av komplexa system
  - Deras ingående aktiviteter/funktioner
  - Vad variabiliteten i aktiviteterna/funktionerna beror på och hur den skulle kunna dämpas/begränsas

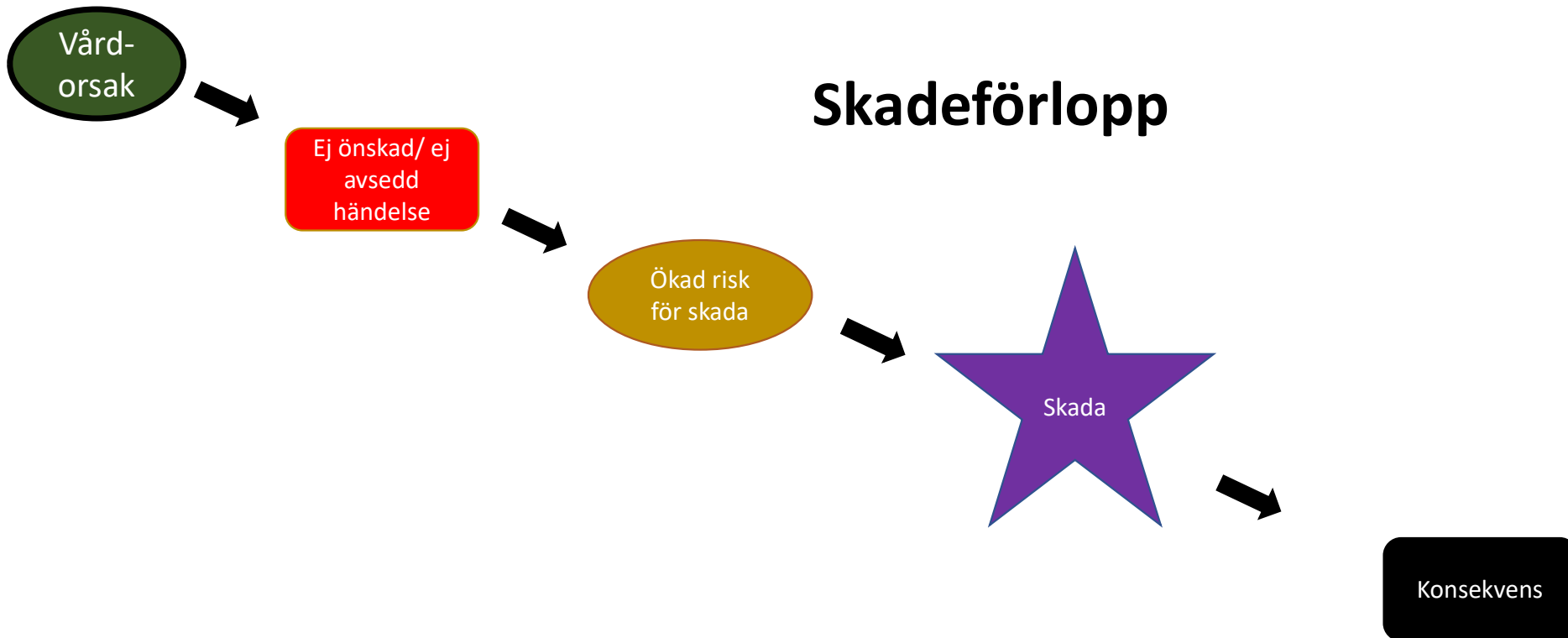


## Händelseförlopp

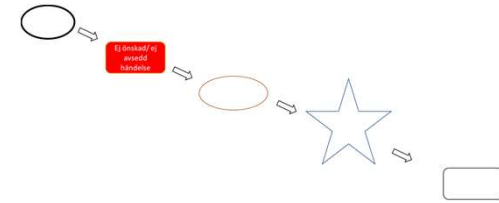
- Beskrivning av **händelser i den ordning i tiden som de inträffar**
- Något som verkligen inträffade:
  - Något gjordes (en aktivitet)
  - En skada uppkom
  - En konsekvens identifierades
- Händelseförloppet beskriver inte varför eller hur en skada uppkom
- Händelseförloppet beskriver inte några orsakssamband, d v s om en händelse medförde att en efterföljande händelse uppkom (även det kan vara så i vissa fall)







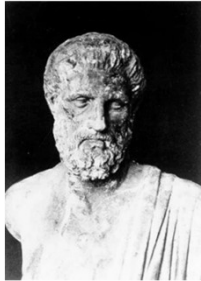
# Felhändelse



- Aktivitet i vården som präglas av en eller flera av dessa sätt
  - genomförs på ett bristfälligt sätt
  - fördröjs
  - som borde genomföras uteblir
  - som är felaktiga genomförs
- Skilj på aktiviteten i sig och resultatet av aktiviteten: det är aktiviteten som är själva felhändelsen, inte dess resultat (en bristfälligt genomförd aktivitet kan leda till ett felaktigt resultat)
- En aktivitet kan vara adekvat (rimlig) när den utförs men kan i efterhand visa sig utgöra en felhändelse: det är tillfället när den utförs som avgör om den är adekvat
- Även om ett resultat i efterhand visade sig vara felaktigt kan det ha varit rimligt när det producerades

Ej önskad/ ej  
avsedd  
händelse

# Varför anmäla?



**”Lär av misstag och berätta för andra.”**

Hippokrates (ca 470-360 f.Kr.)

- För möjlighet att sprida erfarenheterna nationellt och därmed minska risken för upprepning

# Vårdgivarens skyldigheter

- Bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (PSL 3 kap)
- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 3 kap 1 §)
- Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9 5 kap 6 §)

# IVO ska berätta (PSL 7 kap)

- Sprida information till vårdgivare om händelser som Lex Maria-anmälts
- Vidta andra åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet

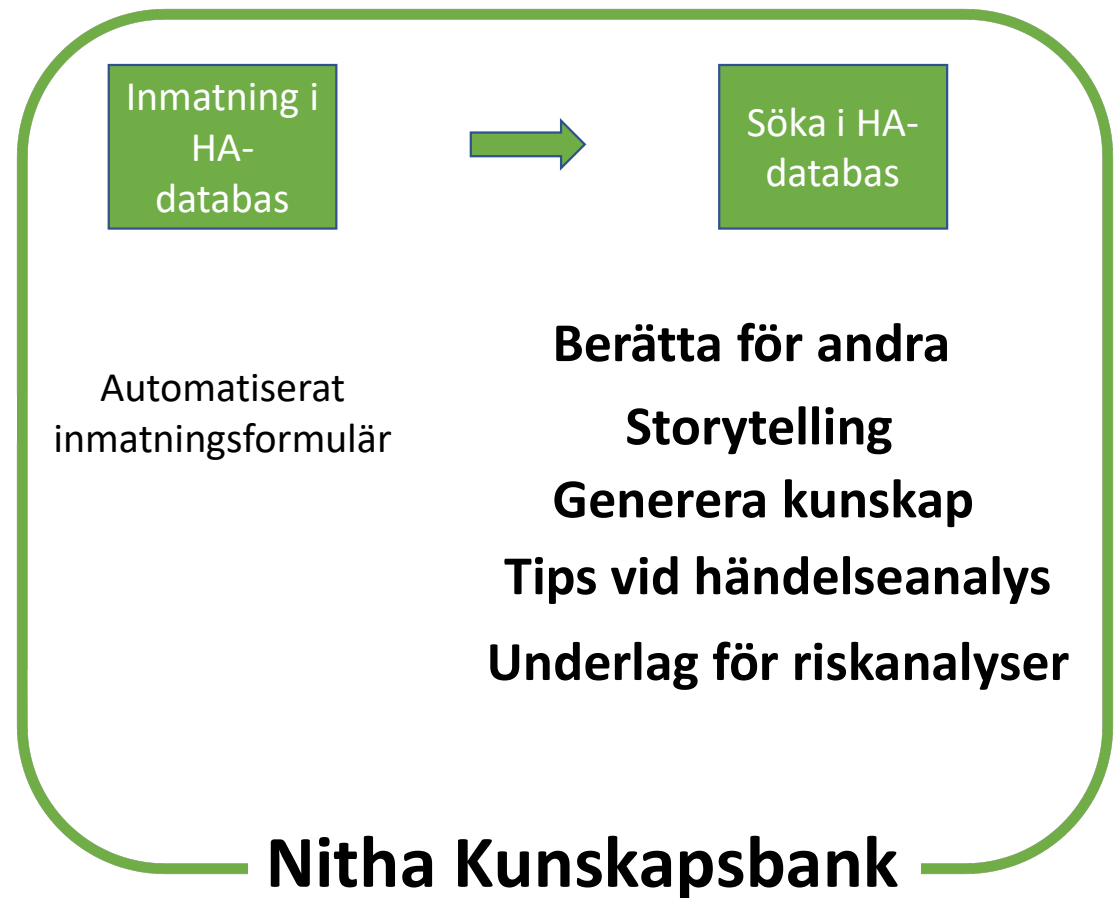


## Databas över händelseanalyser

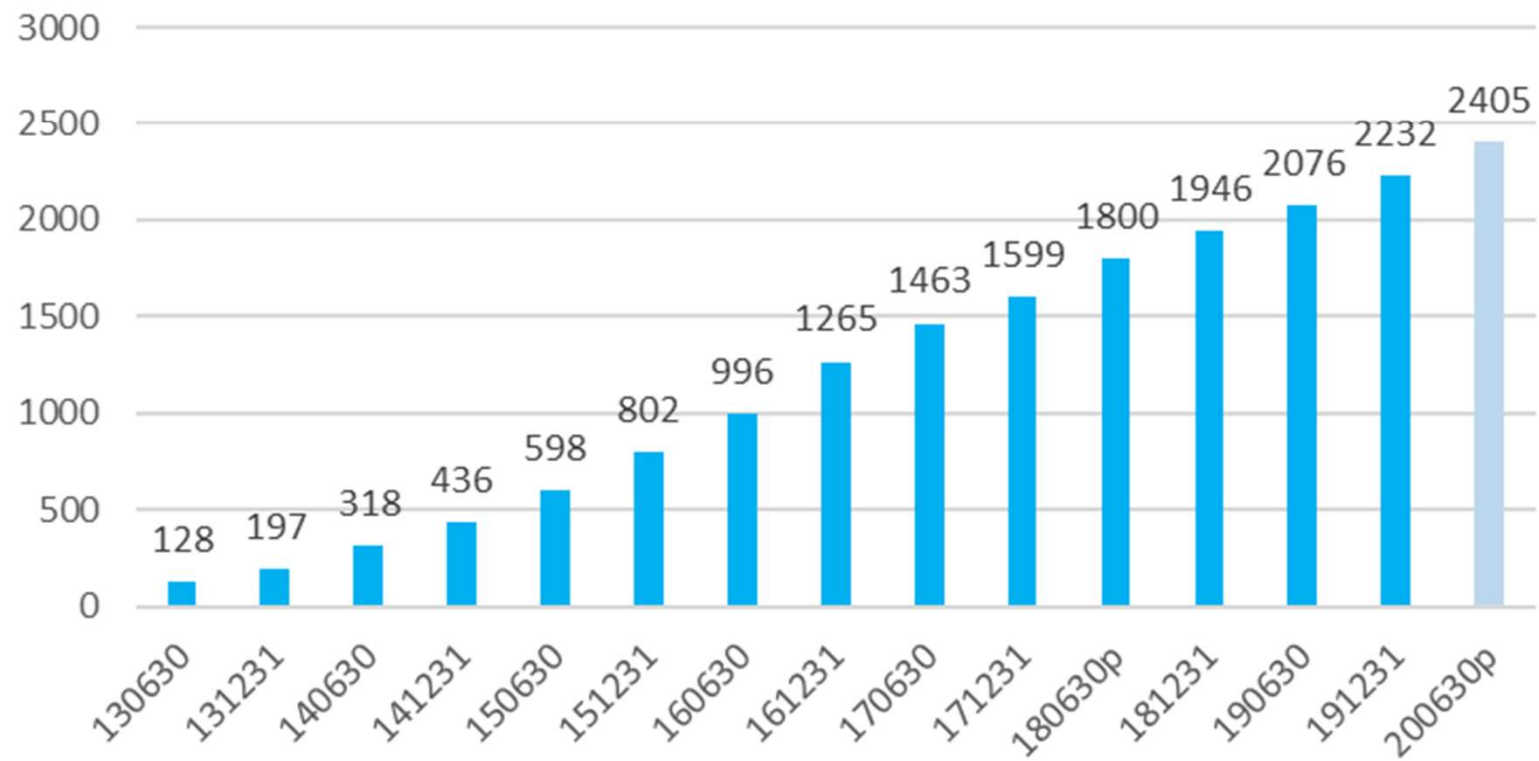
- Sökbar
- Tillgänglig för (nästan) alla

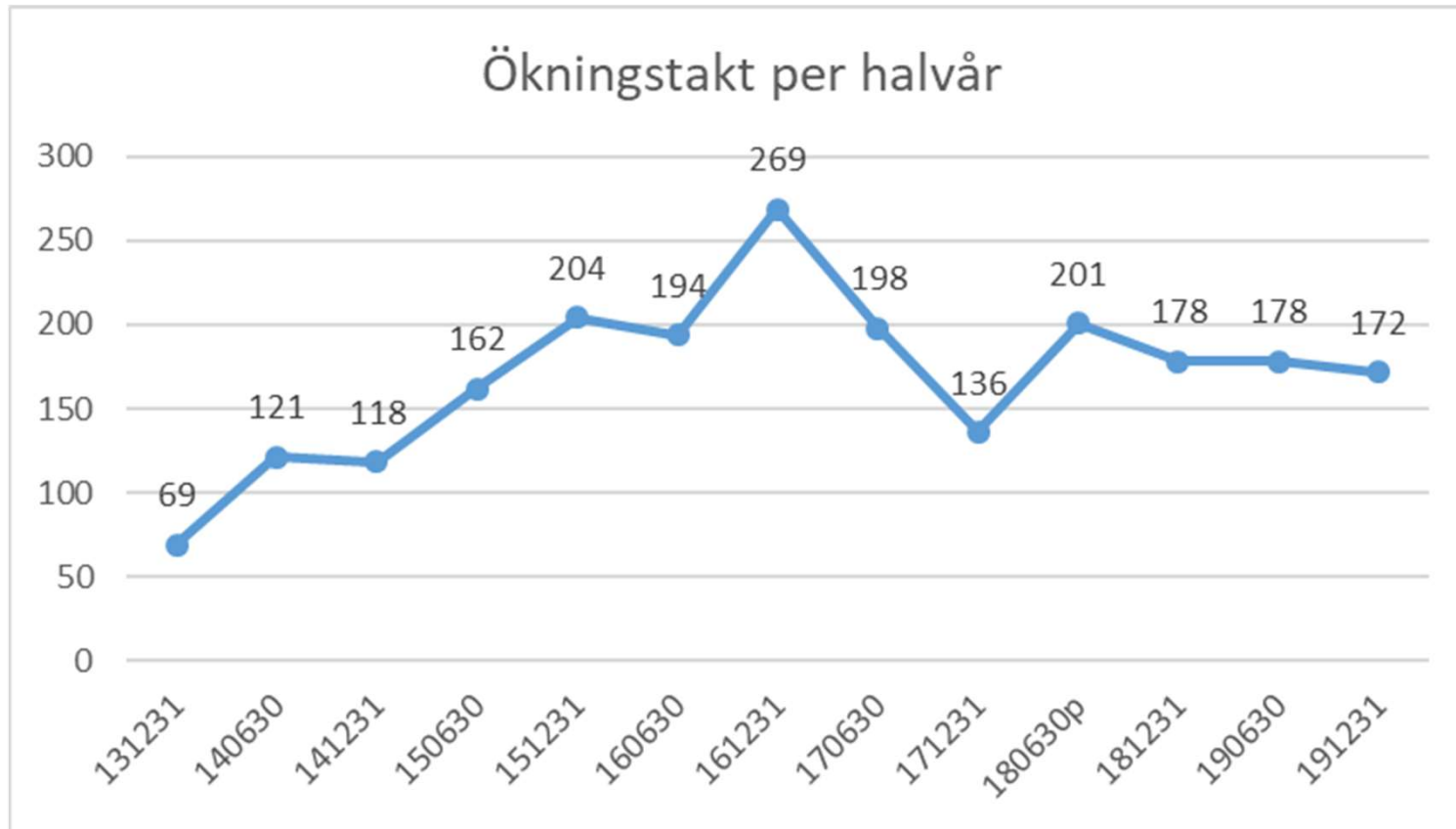
→ Gemensamt lärande

<https://nitha.inera.se/Learn>



## Antal analyser i hela Nitha Kunskapsbank per 191231 (ackum)

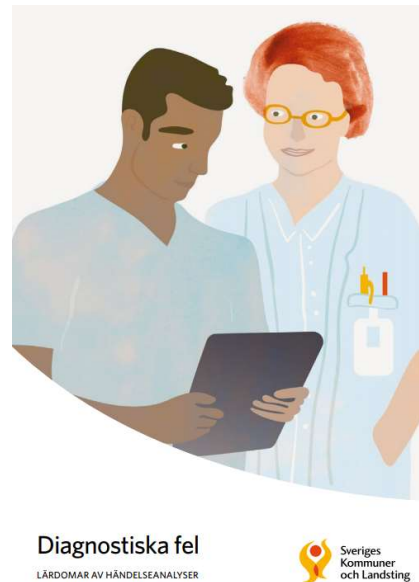






# Sammanställningar ur Nitha Kb

- [Suicid – Folkhälsomyndigheten](#)
- [Diagnostiska fel – SKL](#)

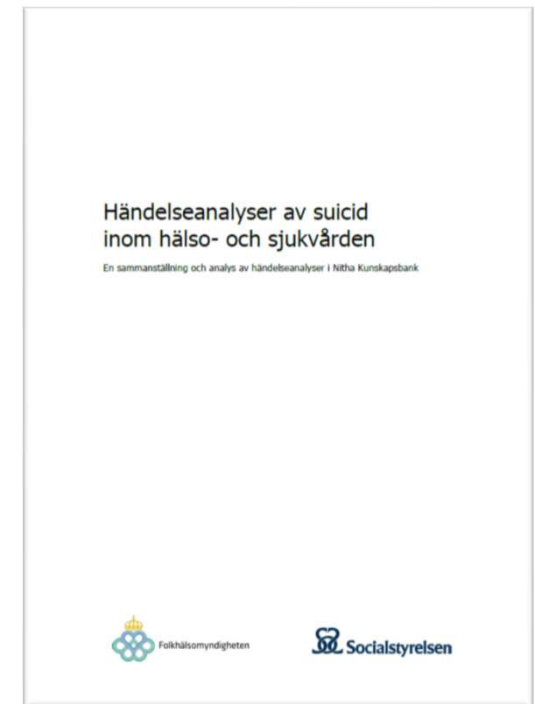


Stor kred till alla som deltagit i att göra HA, till vårdgivarna som äger Nitha och dem som sammanställt och analyserat resultaten.

Tack till SKR (tidigare SKL) och Folkhälsomyndigheten som stöttade arbetet ekonomiskt och med kritisk granskning av innehållet.

# Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården

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

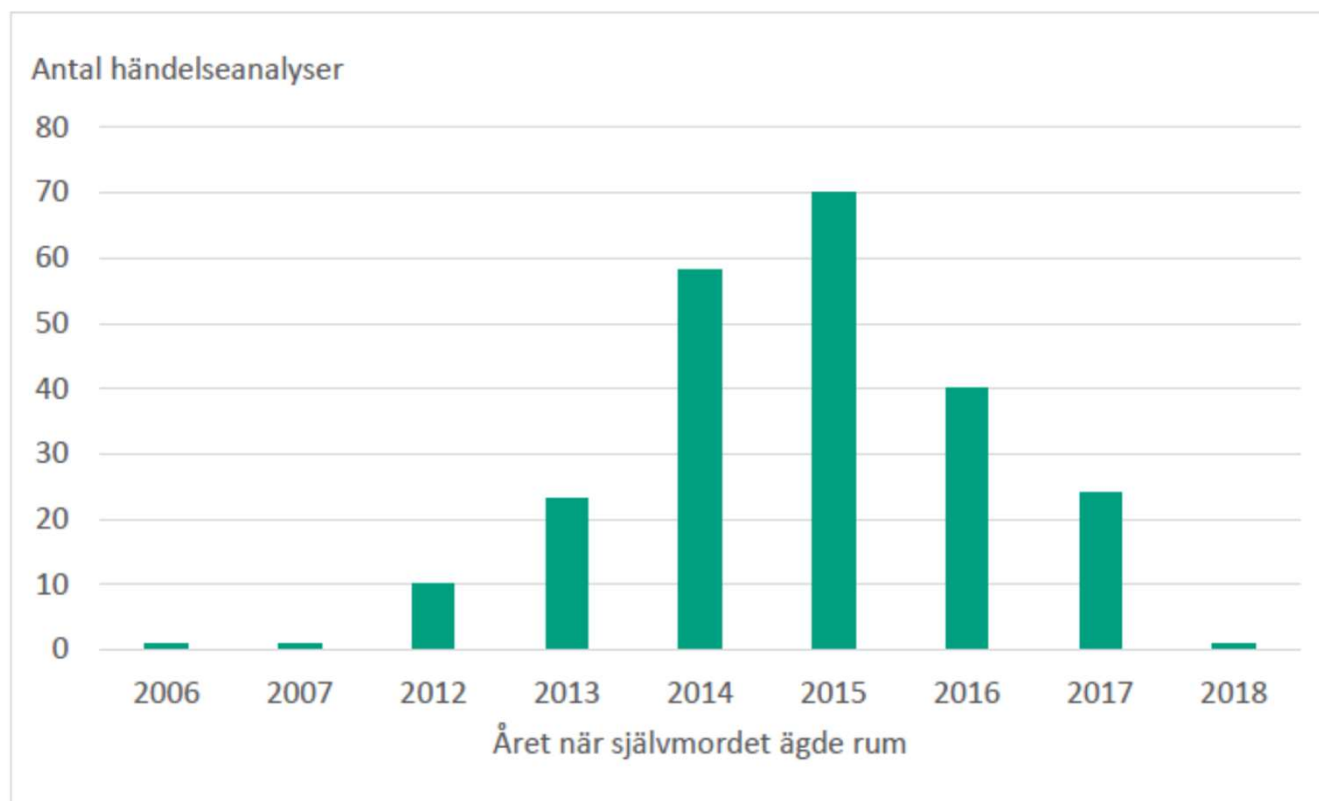


# Fokus

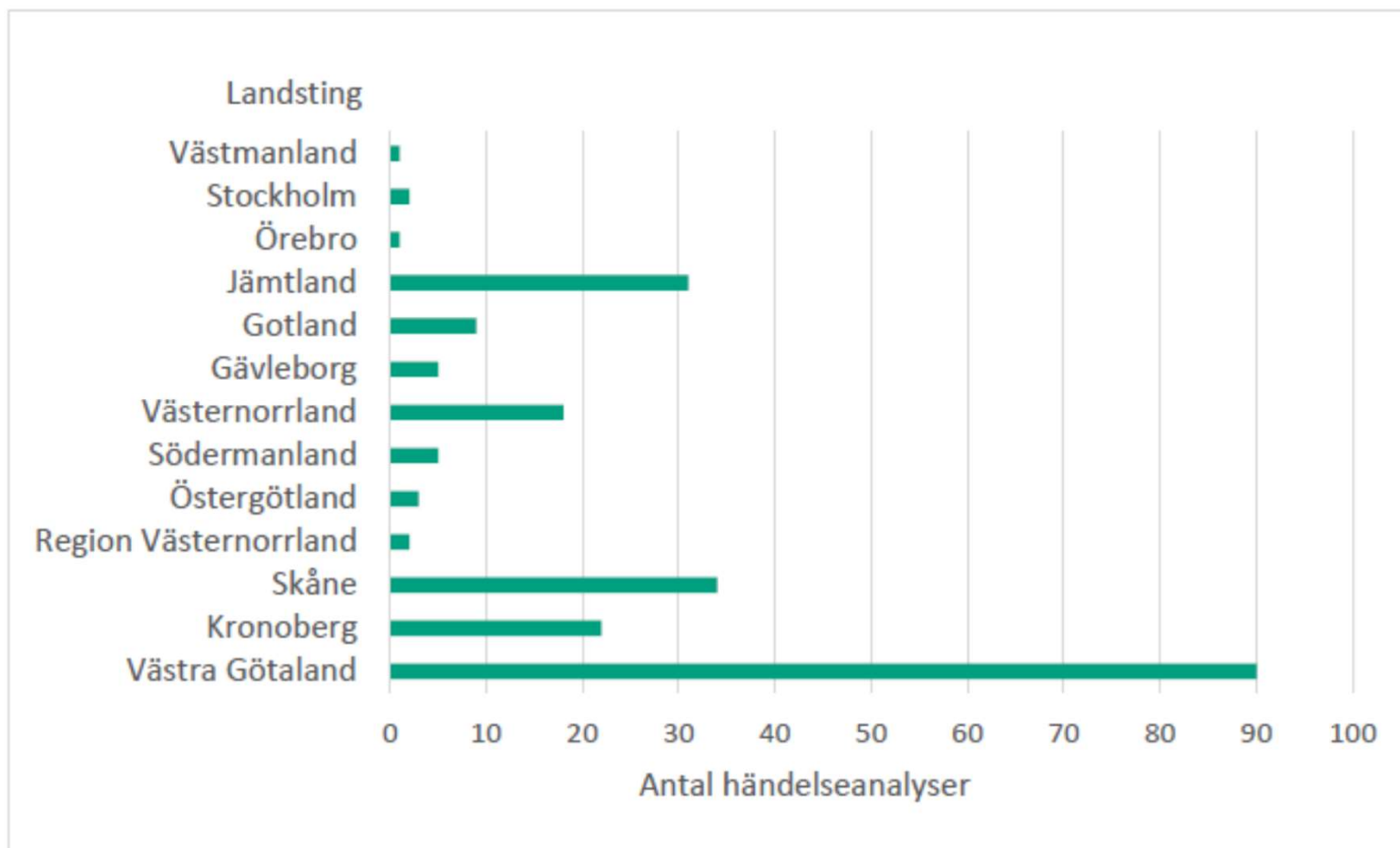
- Felhändelser: vilka är de vanligaste?
- Bakomliggande bidragande orsaker: vilka är de vanligaste
- Förslag på åtgärder: vad bör man fokusera på i förbättringsarbetet?
  - Makro
  - Meso
  - Mikro
- Hur kan händelseanalysarbetet stärkas?

# 228 händelseanalyser

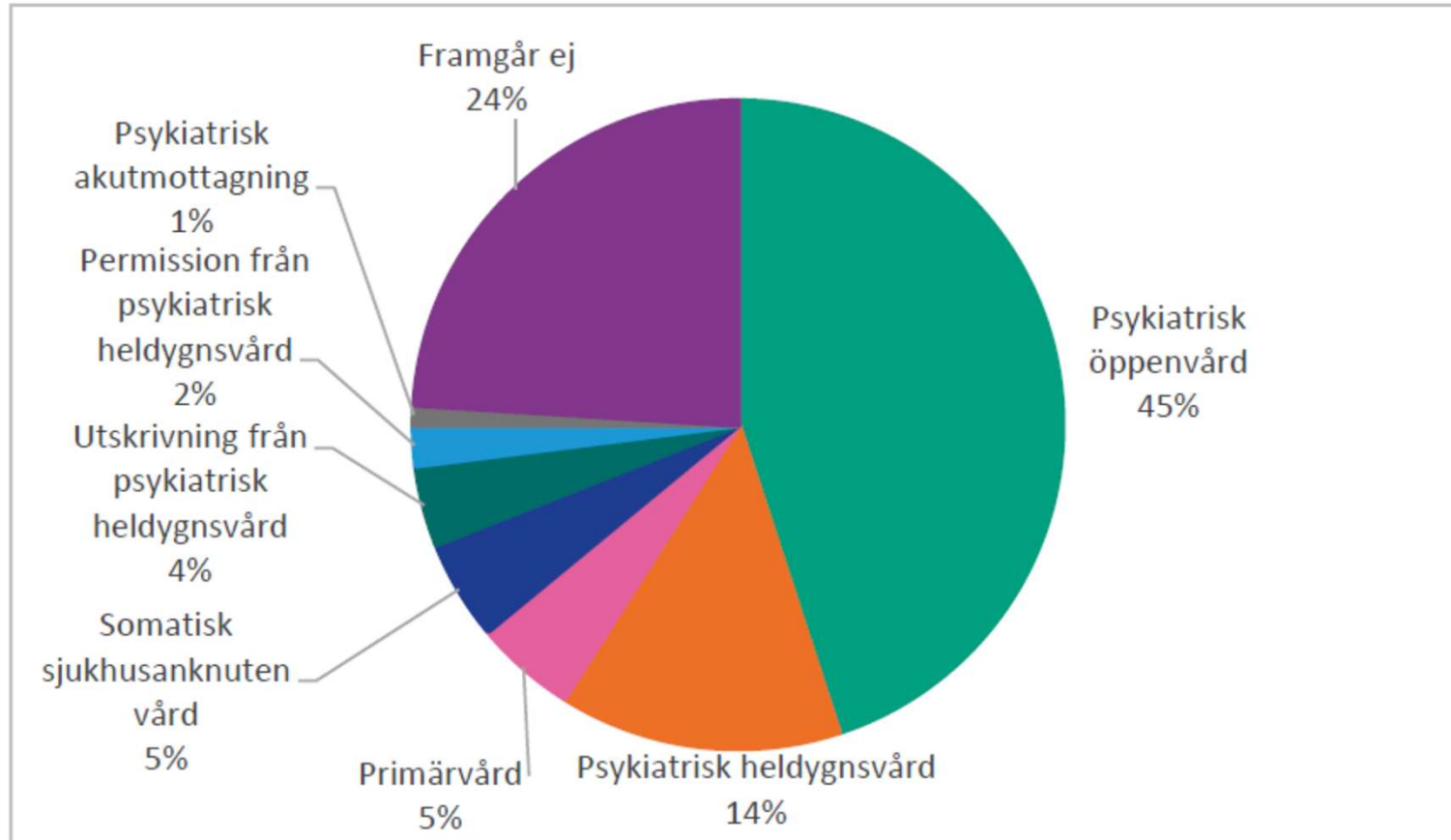
**Figur 5.** Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på åren när självmordet ägde rum.



**Figur 6.** Antal händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på landsting som bidragit med händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank.



**Figur 9.** Andel händelseanalyser bland patienter som begått självmord fördelat på sista vårdkontakten före självmordet.



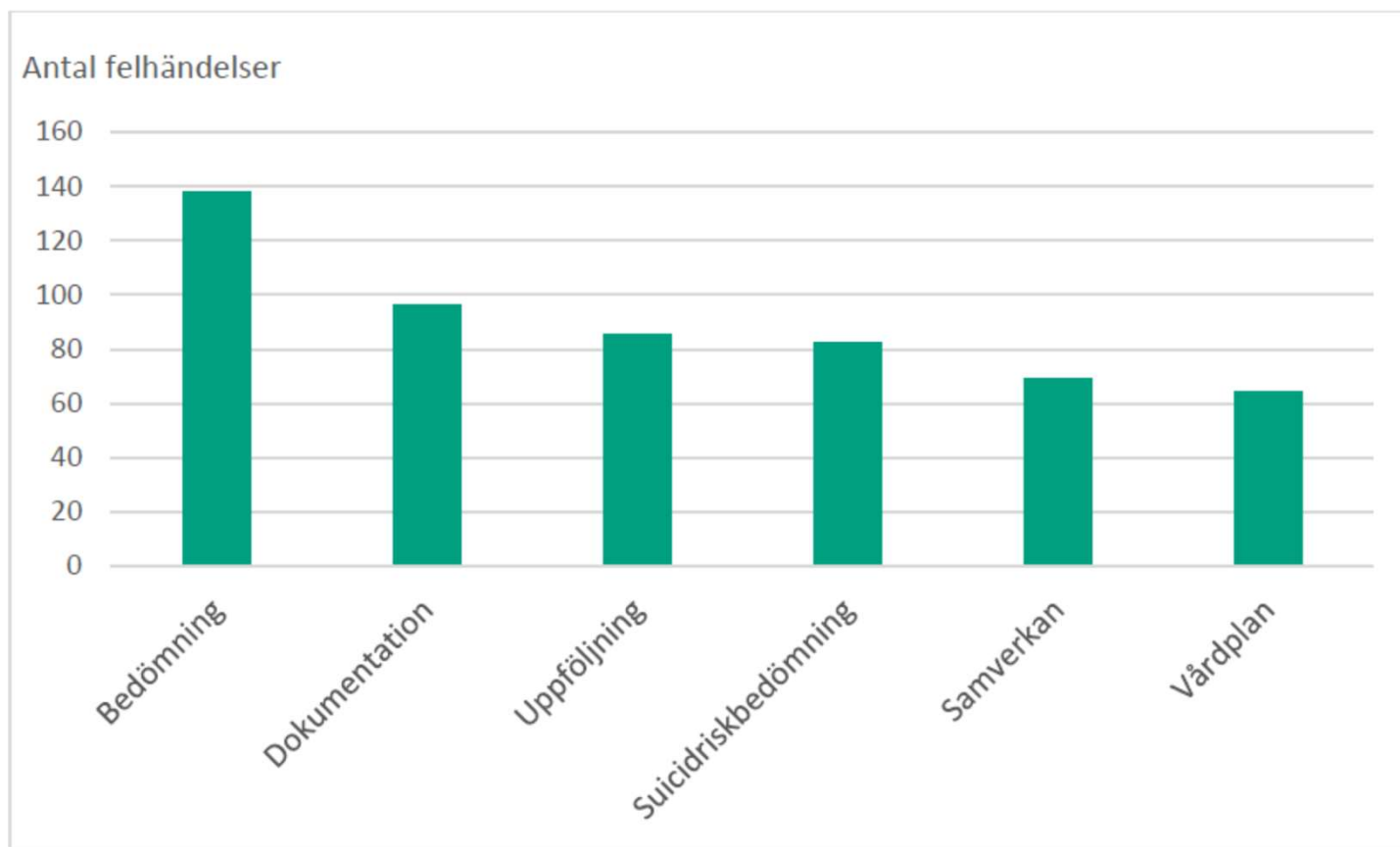
Med psykiatrisk heldygnsvård avses sluten tvångsvård enligt lag om psykiatrisk tvångsvård. I sjukhusanknuten vård inkluderas öppen och sluten vård.

# Bakgrundsfakta rörande patienterna

- Patienterna hade i stor utsträckning gjort tidigare suicidförsök
- De flesta suicid begås inom en vecka från senaste vårdkontakt och sker genom hängning eller förgiftning i anslutning till hemmet eller vårdavdelningen

# 650 felhändelser

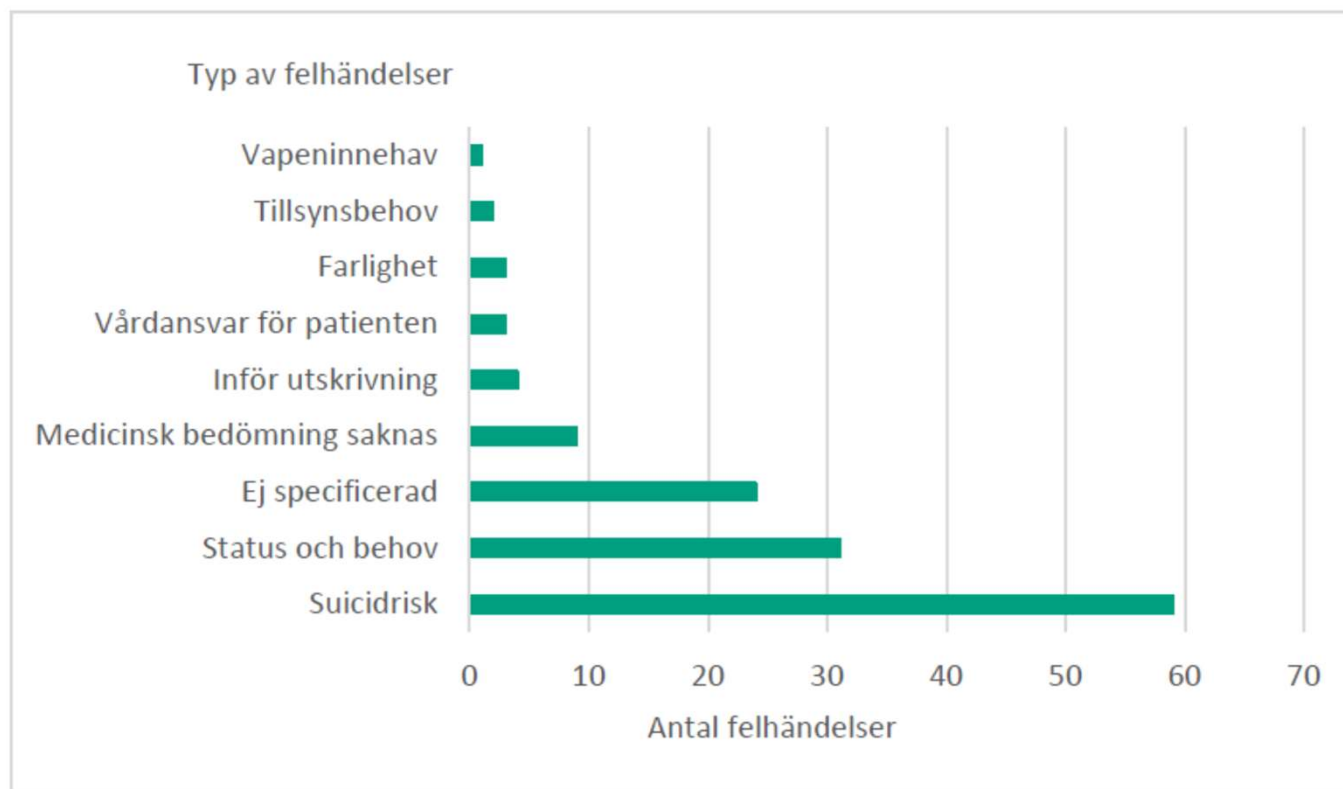
**Figur 16.** Antal felhändelser indelat i sex kategorier.





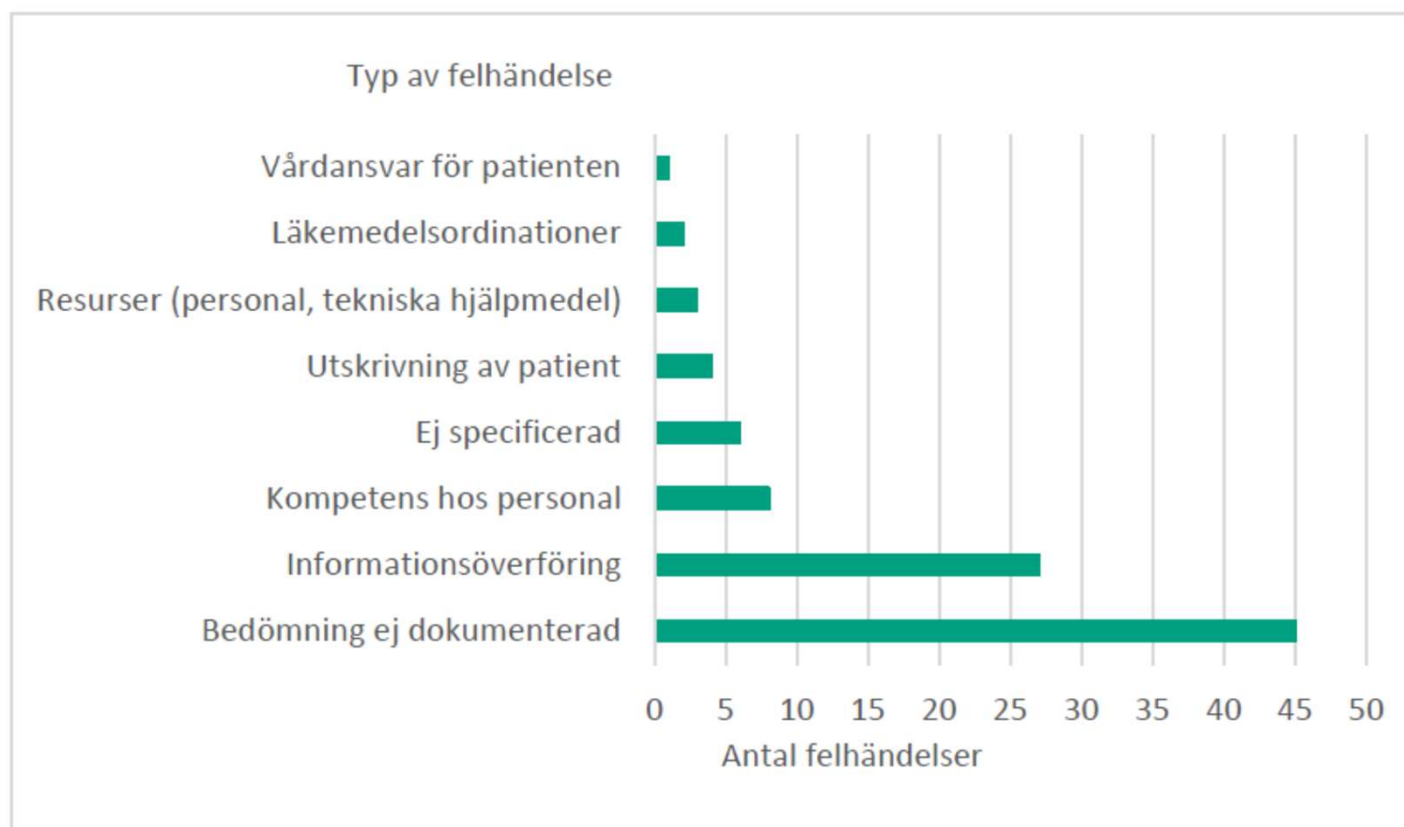
# Bedömning (138)

**Figur 17.** Antal olika felhändelser inom kategorin Bedömning av patient.



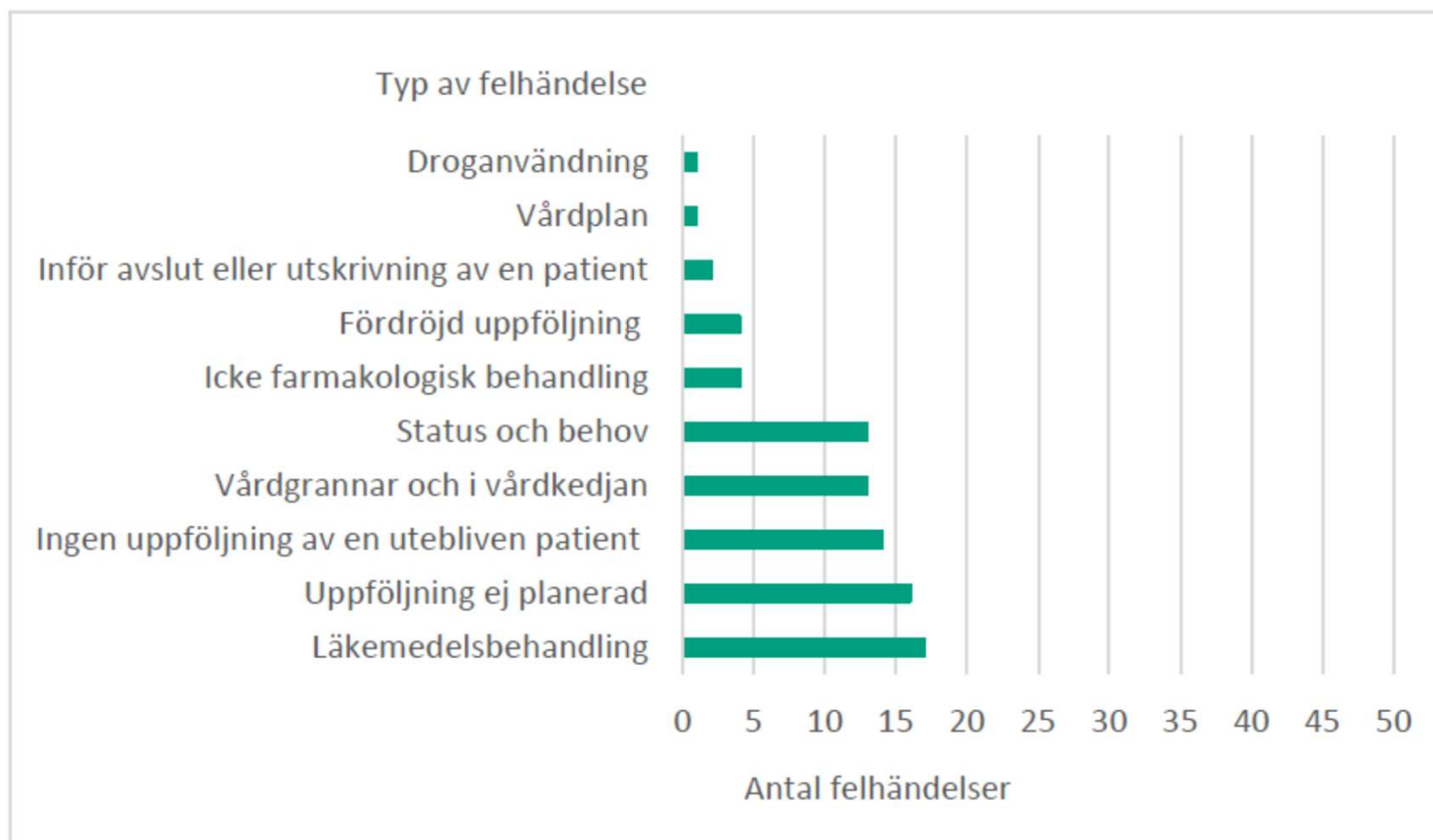
# Dokumentation (96)

**Figur 18.** Antal olika felhändelser inom kategorin Dokumentation.



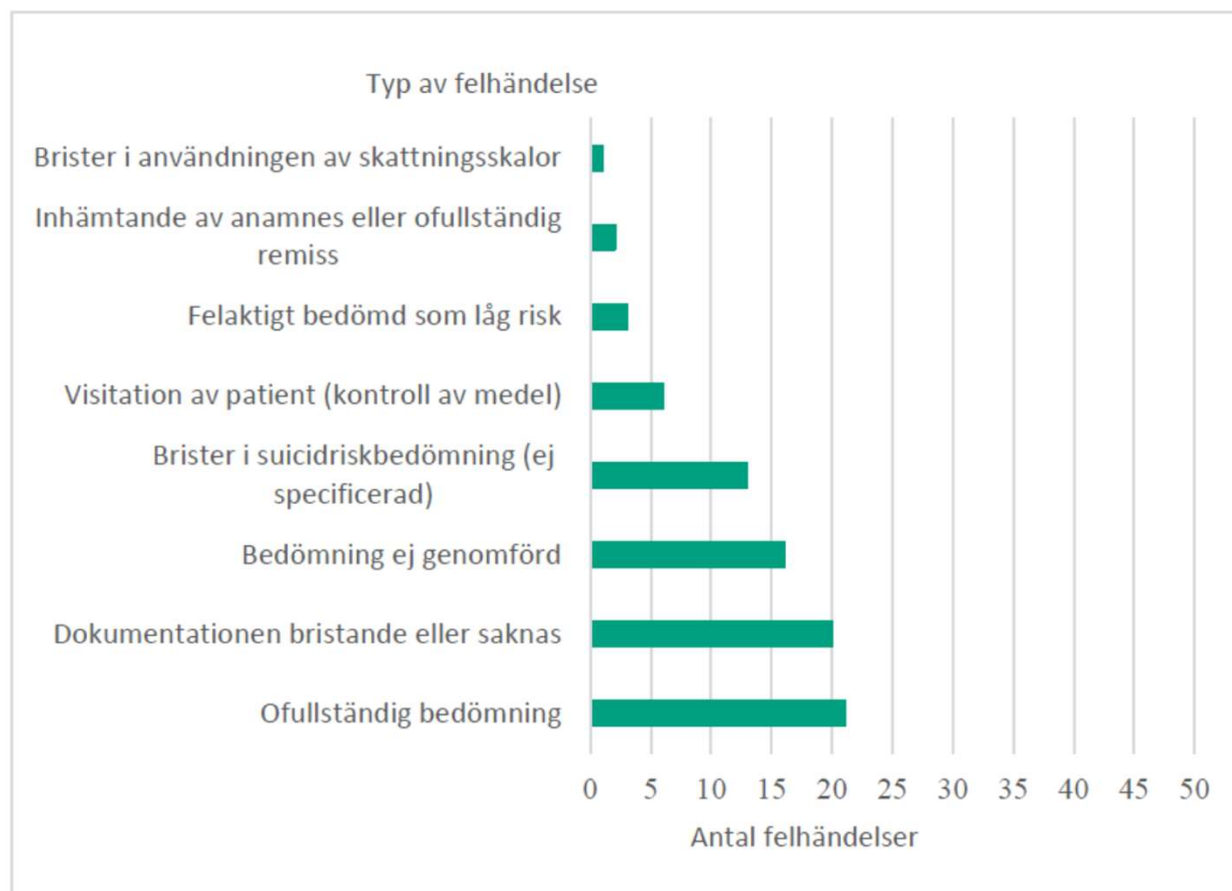
# Uppföljning (85)

**Figur 19.** Antal olika felhändelser inom kategorin Uppföljning.



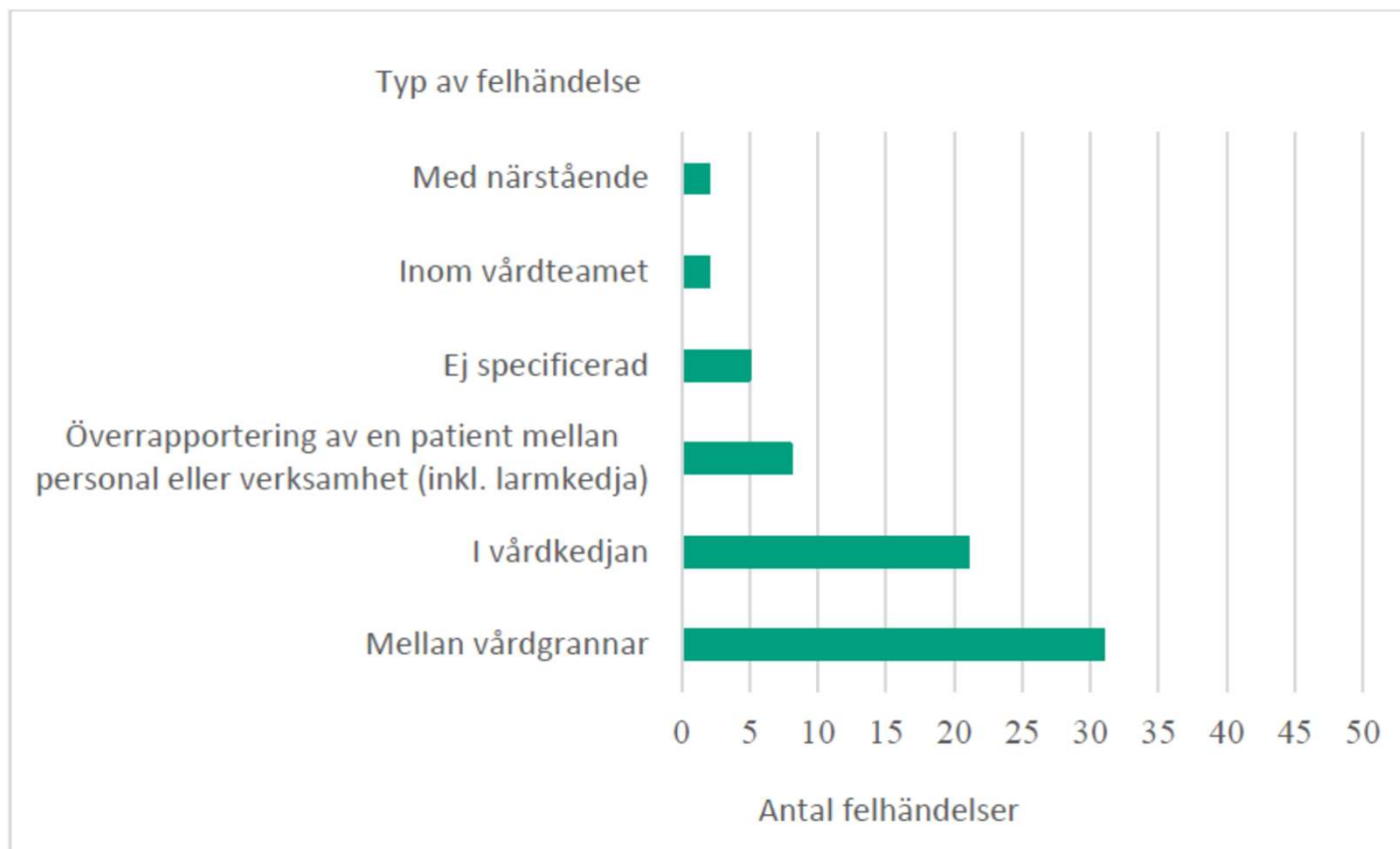
# Suicidriskbedömning (82)

**Figur 20.** Antal olika felhändelser inom kategorin Självmordsriskbedömning.



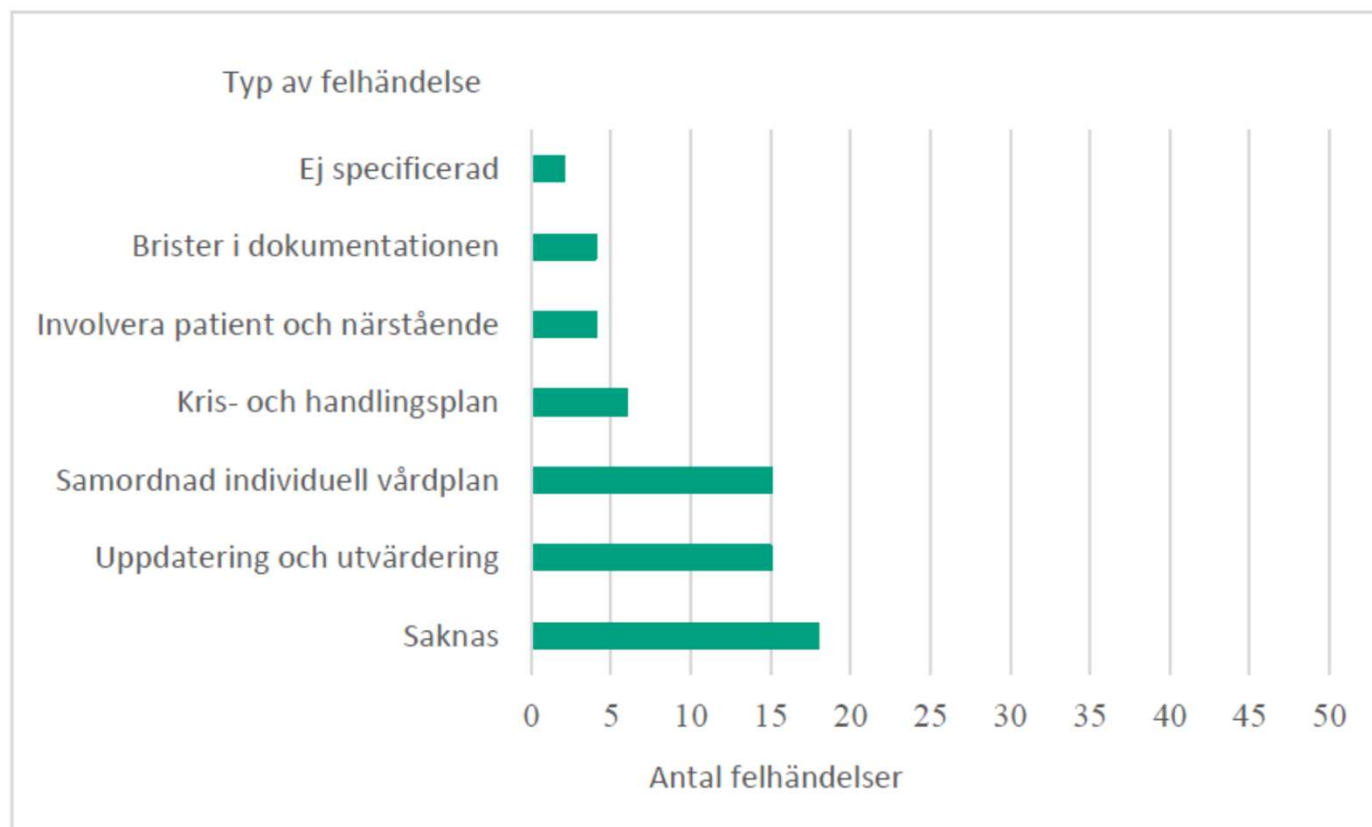
# Samverkan (69)

**Figur 21.** Antal olika felhändelser inom kategorin Samverkan.



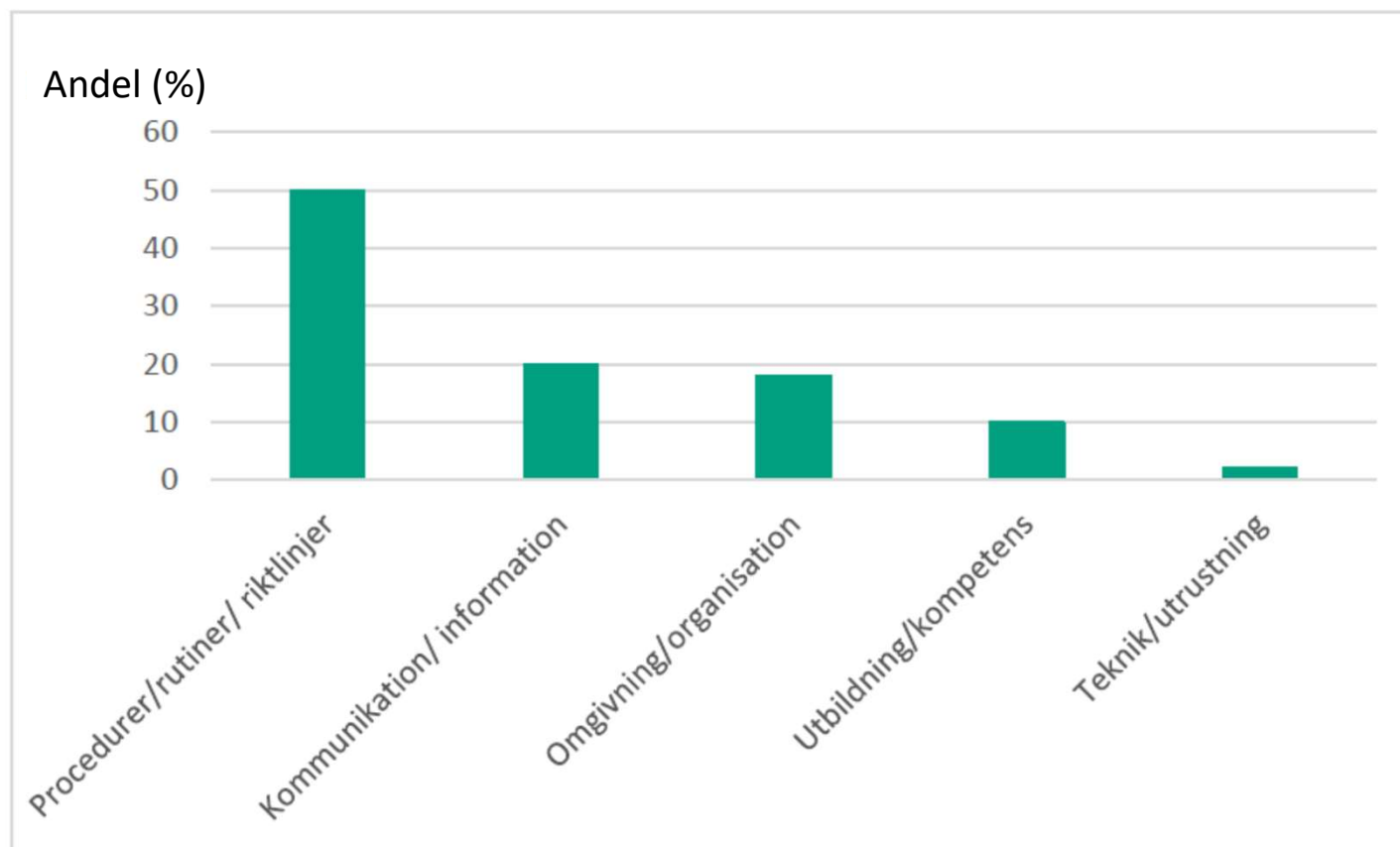
# Vård- och behandlingsplan (64)

**Figur 22.** Antal olika felhändelser inom kategorin Vård- och behandlingsplan.

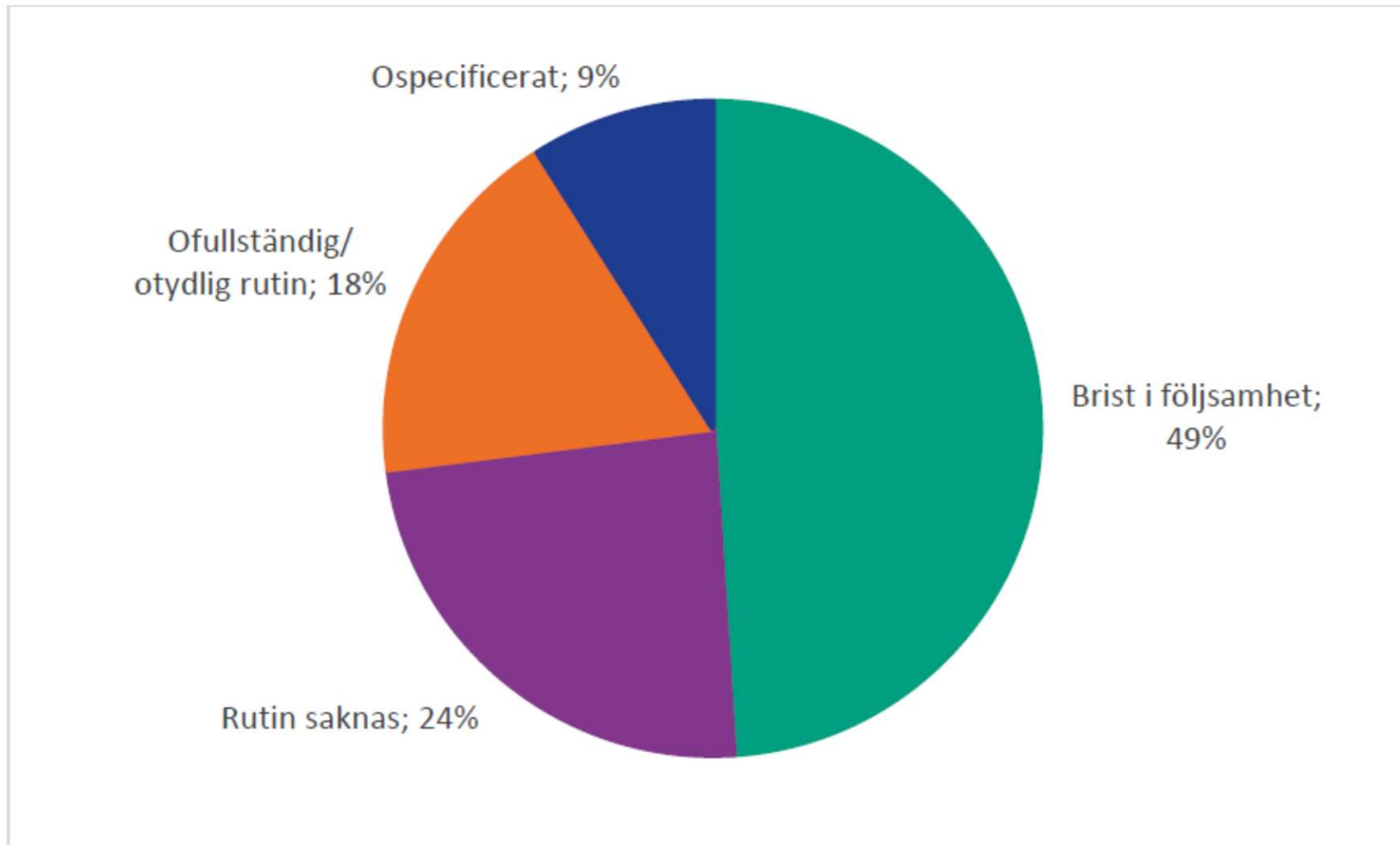


# Bakomliggande bidragande orsaker (750)

**Figur 23.** Fördelningen av de bidragande orsakerna på fem olika kategorier.



**Figur 24.** Fördelning av bidragande orsaker i kategorin Procedurer, rutiner och riktlinjer.





# Om brist i följsamhet till rutiner

- Finns rutinen överhuvudtaget?
- Är rutinerna kända för personalen?
- Är rutinerna tillgängliga?
- Är rutinerna tydliga och aktuella?
- Är rutinerna lätta att följa (anpassade efter verksamheten)?
- Är rutinerna tränade av dem som ska använda dem?
- Finns det en kultur att följa rutiner som behövs?

# Åtgärdsförslag

- Behov av kunskap om:
  - Vad en vård- och behandlingsplan ska omfatta och hur den ska dokumenteras, följas upp och revideras.
  - Vad som bör dokumenteras vid vård och omsorg av patienter och brukare med psykisk ohälsa.
  - Hur självmordsbenägenhet kan identifieras, bedömas och hanteras.
  - Hur olika vårdaktörer bör samverka och överföra väsentlig individinformation.
  - Hur lokaler där självmordsbenägna patienter får vård bör vara utformade så att risken för självmordshandlingar minimeras.
  - Hur insatser för patienter och brukare med psykisk ohälsa kan följas upp. Kunskapen bör spridas såväl i vård- och omsorgsutbildningar som i kontinuerlig fortbildning för vård- och omsorgspersonal.

- Behov av förstärkta it-stöd:
  - It-stöd för samverkan mellan olika vårdaktörer för att underlätta vårdplanering och överföring av ändamålsenlig information, med utgångspunkt i nationellt fackspråk och informationsstruktur.
- Personalbehov:
  - Kontinuerlig översyn av bemanningsbehov för olika yrkesgrupper.

- Behov av kompetensutveckling:
  - Åtgärder för att förbättra kommunikation inom vård och omsorg, både mellan personal och olika organisatoriska enheter.
  - Utbildning om psykiatriska symtom och tecken, eftersom professionen inom området ständigt eftersträvar en ökad precision i bedömningen av patientens specifika problematik och behov.

**Tabell 1.** Viktiga områden vid handläggning av patienter med självmordsrisk samt antal  $\alpha$  andel av händelseanalyserna i denna rapport som belyser de olika områdena.

Område	Beskrivning av området	Antal händelseanalyser (%)
Suicidrisk	Genomföra och dokumentera suicidriskbedömning och bedöma vilka åtgärder som syftar till att minska risken för självmordshandling som bör vidtas	176 (76)
Läkemedelsbehandling	Bedöma behov av behandling med läkemedel, genomföra behandling med läkemedel och följa upp effekterna av läkemedelsbehandlingen	172 (74)
Uppföljning	Följa upp patienten i vården	170 (73)
Närståendedelaktighet	Aktiviteter som gör närstående delaktiga i vården och att ge stöd åt närstående	134 (58)
Fast vårdkontakt	Utse en fast vårdkontakt till patienten	103 (44)
Samtalsstöd	Ge patienten samtalsstöd	98 (42)
Vårdplan	Upprätta en vård- och behandlingsplan, samt kontinuerligt följa upp och revidera den	90 (39)
Samverkan mellan sluten och öppen vård (psykiatri)	Samverka mellan sluten och öppen psykiatrisk vård	80 (34)
Tvångsvård	Ta ställning till, genomföra och följa upp tvångsåtgärder (inkl. uppföljningsamtal).	77 (33)

Område	Beskrivning av området	Antal händelse-analyser (%)
Beroende	Utreda om patienten har beroende problematik samt vidta åtgärder med anledning av beroendeproblematiken	74 (32)
Missbruk av droger	Utreda och kontrollera om patienten använder droger, samt vidta åtgärder med anledning av drogmissbruk	70 (30)
Samordnad individuell plan (SIP)	Göra en SIP om patienten har insatser från flera huvudmän som behöver samordnas	56 (24)
Multiprofessionell konferens	Genomföra möten mellan olika professioner för att gemensamt bedöma patientens behov och hur dessa bör tillgodoses	52 (22)
Hembesök	Ta ställning till och genomföra hembesök	49 (21)
Samverkan mellan psykiatri och primärvård	Samverka mellan psykiatri och primärvård	43 (18)
Tillsyn i slutenvård	Tillsyn av patienten som är inskriven för slutenvård	37 (16)
Vapeninnehav	Kontrollera om patienten har ett vapen och vidta åtgärder vid eventuellt olämpligt vapeninnehav	13 (6)
Visitation i sluten psykiatriskvård	Visitera patienten för kontroll av medel i psykiatrisk slutenvård	12 (5)

# Stärka händelseanalysarbetet

- Vilka områden bör en utredning/händelseanalys belysa och penetrera?
  - Tänk igenom före
  - Utveckla analysstöd för olika områden som är föremål för analys
- Vilken bakgrundsinformation bör beskrivas?
  - Vilka vårdformer har patienten använt?
  - Sjukdomar och behandlingar
  - Social kontext
- Slutsatser av en händelseanalys
  - Redovisa vilka områden som belysts och kommentera de där brister påvisats
  - Bedöm undvikbarheten i händelseförloppet
  - Bedöm vilka åtgärder som kan behöva vidtas lokalt (mikro) samt resonera också kring åtgärder på högre organisatorisk nivå (meso-makro)

Avgör vilka av nedanstående frågor som är relevanta (X) och besvara relevanta frågor med Ja (N) eller Nej (N)

AV-

Fråga	Relevant? (X)	J/N
Hade patienten en tydlig och rimlig diagnos?	X	
Finns status tydligt dokumenterad?	X	
Har <b>bedömning av patientens behov</b> gjorts?	X	
Har en <b>vård- och behandlingsplan</b> upprättats, reviderats eller följts upp i anslutning till händelsen?	X	
o Om ja, är vårdplanen tydligt dokumenterad?	X	
Hade patienten adekvat <b>läkemedelsbehandling</b> i anslutning till händelsen?	X	
o Har effekterna av läkemedelsbehandlingen följts?	X	
<b>Suicidriskbedömning</b>	X	
Har suicidriskbedömning gjorts i anslutning till händelsen?	X	
o Om ja, har underlaget för suicidriskbedömningen dokumenterats tydligt i journalen?		
o Om ja, var åtgärderna som vidtogs tillräckliga för att minska risk för suicidhandling med anledning av bedömningen?		
o Om suicidpreventiva åtgärder vidtogs, har effekterna följts upp i rimlig omfattning?		
Fanns <b>samverkan med socialtjänst</b> ?		
o Om ja, har en samlad individuella vårdplan (SIP) upprättats, reviderats eller utvärderats i anslutning till händelsen?		
Tillgodosågs eventuellt behov av <b>samverkan mellan vårdgrannar eller i vårdkedja</b> ?		
o Om ja, har den information som överförts i samverkan tydligt		

2023-09-08

Suicid och Diagnostiska fel

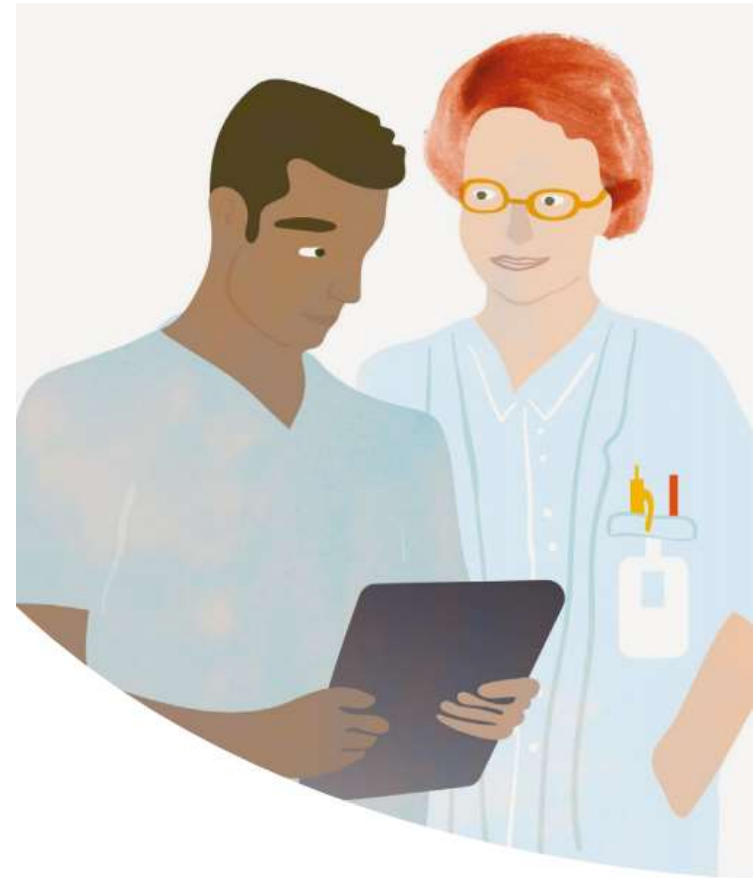
o Om ja, har överenskommelserna i samverkan följts upp?		
Har relevanta <b>uppföljningar</b> planerats och finns plan för uppföljning tydligt dokumenterad?	X	
<b>Kom patienten på planerat besök/möte?</b>		
o Om nej, vidtogs adekvata åtgärder med anledning av att patienten uteblev?		
<b>Var närstående delaktiga i vården?</b>		
Hade patienten en <b>fast vårdkontakt</b> eller motsvarande?	X	
Fick patienten <b>samtalsstöd</b> i tillräcklig omfattning?	X	
Genomfördes någon <b>multiprofessionell konferens</b> (teamkonferens eller motsvarande) /rond inom rimlig närtid?	X	
Var de <b>tvångsåtgärder</b> som i förekommande fall vidtogs adekvata och följdes de upp?		
o Fick patienten uppföljningssamtal efter vidtagna tvångsåtgärder?		
Var patientens eventuella <b>beroendeproblematik</b> tillräckligt belyst och åtgärdade?		
Vidtogs kontroller i rimlig omfattning med anledning av misstänkt eller säkerställt <b>drogmissbruk</b> ?		
Genomfördes de <b>hembesök</b> som behövdes?		
Genomfördes <b>tillsyn inom slutenvård</b> i tillräcklig omfattning?		
Genomfördes <b>visitationer</b> av patienten i slutenvården i den omfattning som behövdes?		
Vidtogs adekvata åtgärder med anledning av eventuell <b>vapeninnehav</b> ?		
Uppfattas vården av patienten i andra avseenden än de som anges ovan ha varit adekvat? Om nej, ange i vilka avseende vården kan ha varit otillräcklig.		

40



# Diagnostiska fel

Lärdomar av händelseanalyser

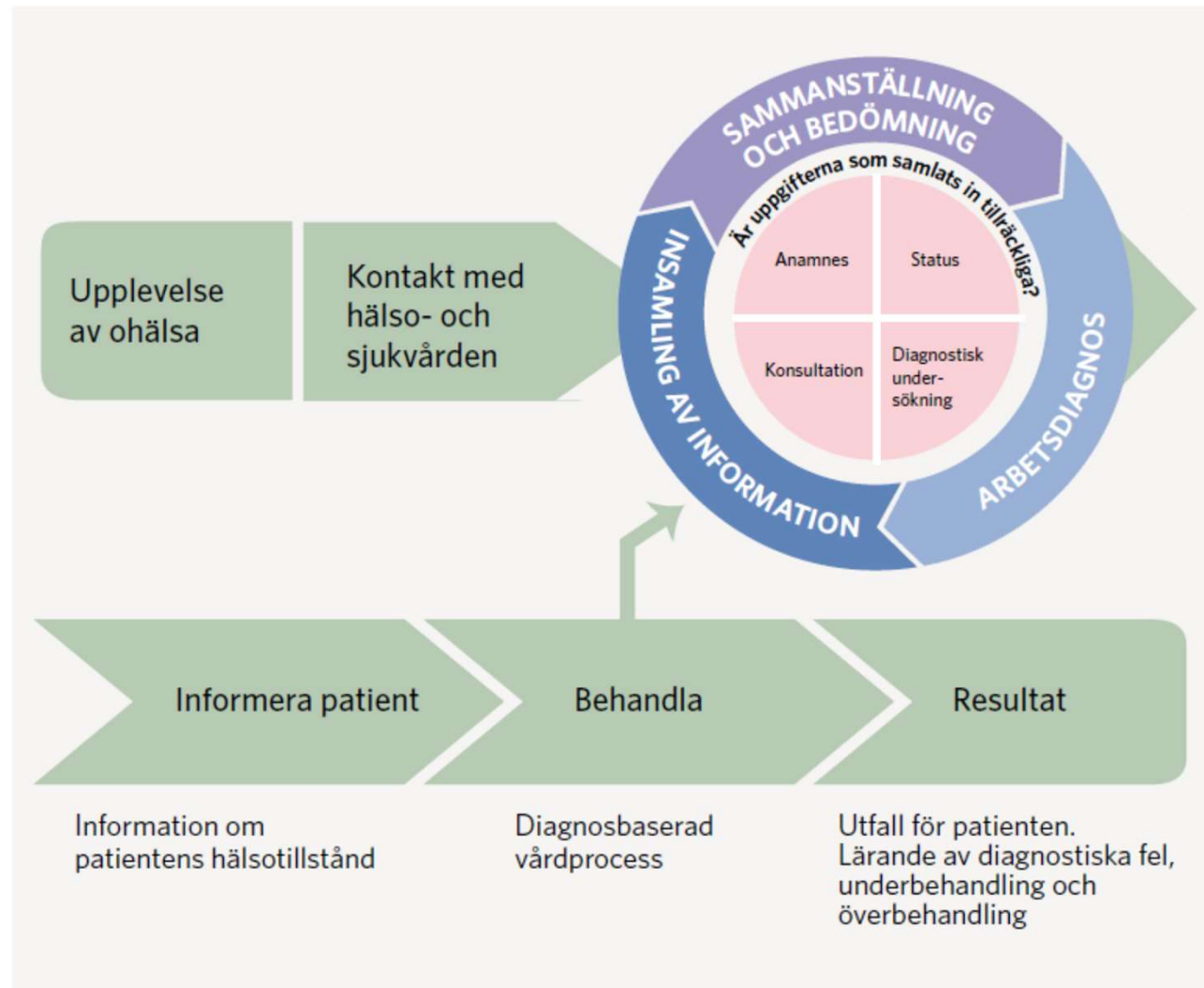


Diagnostiska fel

LÄRDOMAR AV HÄNDELSEANALYSER

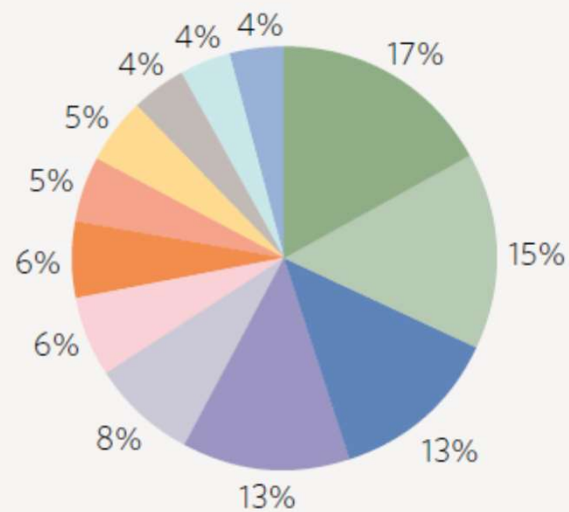


FIGUR 1. Den diagnostiska processen



Efter bild från Improving Diagnosis in Healthcare (2015), National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Suicid och Diagnostiska fel

- 421 händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank
- Nästan 50 % berör tumörsjukdomar (24 %), samt sjukdomar i cirkulations- (16 %) och matsmältningsorganen (9 %)
- Fördjupad analys gjorts av de 100 senast överförda HA (per 181107)
  - Cancer 22 %
  - Cirkulationsorgan 11 %
  - Matsmältningsorgan 10 %



- Internmedicin
- Kirurgi
- Allmänmedicin
- Bild- och funktionsmedicin
- Ortopedi
- Prehospital vård och omsorg
- Barn- och ungdomsmedicin
- Akutsjukvård
- Obstetrik och gynekologi
- Anestesi och intensivvård
- Infektionsmedicin
- Neurologi

# Felhändelser exempel

- Genomföra patientmöte: uteblivet möte med läkare, utebliven tolk
- Involvera närstående: bristfällig
- Bedöma vårdbehov: utebliven (om)prioritering, felaktig vårdnivå
- Ta anamnes/ta rapport/rapportera: bristande lyhördhet för info från närstående och rapporterande personal
- Genomföra undersökning: bristfällig
- Remittera och bevaka remissvar: utebliven
- Bedöma undersökningar och remissvar: utebliven
- Ställa diagnos: utebliven omprövning
- Använda dokumentation: Bristande dokumentation

TABELL 3. Exempel på bidragande orsaker

Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)	Brist på tydliga rutiner (gällande handläggning av tillstånd, bedömning av prioritet och vem som gör vad)
Kommunikation och information (K)	Information spridd i journalen, svårt att få helhetsbild (Melior nämns mest) 1177 och vården kan inte läsa varandras anteckningar
Utbildning och kompetens (U)	Kompetensbrist och bristfällig handledning
Omgivning och organisation (O)	Bristande teamarbete Oklar ansvarsfördelning Låg kontinuitet Hög arbetsbelastning Låg personaltäthet på kvällar, helger och sommar (akuten, vårdavdelningar, lab, röntgen) Vårdplatsbrist Personal störs i sitt arbete

# Åtgärdsförslag exempel

- Mikro
  - Rutiner som säkerställer att patienten får svar på prover och undersökningar (R)
  - Ge patienten SVF-info (R)
  - Direktkommunikation vid allvarliga tillstånd (K)
  - Regelbundna och repetitiva utbildningar (U)
  - Handledning av nya läkare och introduktion av nyanställda (O)
- Meso
  - Utbildning i varningssymtom för cancer (U)
  - Översiktlig och automatisk generering av vårdplan i journalen (O/T)
  - Larmfunktioner i journal vid försämring av parametrar och utelbliven uppföljning (O/T)
- Makro
  - Ändamålsenlig utveckling av 1177: patient kan följa sin utredning, meddelande inför undersökningar och markering av planerade undersökningar, info om knölar och förhårdnader

# Områden som bör belysas vid utredning av diagnostiska fel

- Genomföra patientmöte
- Ta anamnes
- Göra patient och närstående delaktiga
- Bedöma vårdbehov: specialitet, vårdnivå
- Genomföra undersökning: gjordes rätt undersökning i rätt tid?
- Skriva/skicka remiss och bevaka remissvar
- Besvara undersökningar/remisser
- Bedöma undersökning/remissvar
- Följa upp symtom, behandlingseffekt och prov-/remissvar
- Ställa diagnos: omvärdering av arbetsdiagnos
- Rapportera och överföra information: t ex resultat som kräver akut handläggning
- Använda kompetensstöd
- Kvalitet på dokumentationen



Tack för uppmärksamheten och diskussionen