

Utredning av allvarliga vårdskador

VÄGLEDNING VID UTREDNING OCH HANDBOK
FÖR METODEN HÄNDELSEANALYS



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Utredning av allvarliga vårdskador

VÄGLEDNING VID UTREDNING OCH HANDBOK
FÖR METODEN HÄNDELSEANALYS



Upplysningar om innehållet:
Lena Karlsson, lena.karlsson@skr.se

Fjärde reviderade upplagan.

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-993-4
Illustration omslag: Kristine Widlert
Produktion: Advant
Tryck: LTAB, 2021

Förord

Ökad patientsäkerhet kräver utveckling av arbetet med utredningar av händelser och tillbud som lett till eller hade kunnat leda till vårdskador. Erfarenheter från både vårdgivare och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar att utredningar ofta inte håller tillräckligt hög kvalitet, vare sig ur ett tids-, utrednings- eller åtgärds perspektiv.

När en patient fått eller riskerat att få en allvarlig vårdskada är vårdgivaren skyldig att göra en anmälan enligt lex Maria. Anmälan, som ska innehålla en utredning, görs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Utredningen, som kan kompletteras med en händelseanalys, skickas till IVO. Syftet med utredningen är att bidra till att liknande händelser inte inträffar igen, vare sig i egen verksamhet eller i andra verksamheter.

Den första versionen av handboken i Risk- och händelseanalys gavs ut år 2005. År 2017 publicerade SKR skriften *Effektivisering av arbete med Händelseanalys*, där svenska och amerikanska erfarenheter av att använda metoden sammanställdes. I denna fjärde version har handboken delats upp i två separata delar; dels denna vägledning där *Effektivisering av arbete med Händelseanalys* har integrerats, dels kommer en separat publikation som beskriver metoden riskanalys publiceras våren 2022. Vägledningen riktar sig till beslutsfattare och personal inom hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt till privata vårdgivare. Innehållet består av en allmän del, en del som belyser viktiga aspekter av utredningen vid vårdskada samt en avslutande detaljerad beskrivning av metoden händelseanalys. Sjukdoms- och vårdförloppen vid psykiatriska tillstånd är ofta långa och för utredning av allvarlig händelse inom psykiatrisk vård har därför psykiatrigruppen inom Sveriges chefläkarnätverk sammanställt ett komplement till vägledningen, se sidan 53. Checklistor och mallar för stöd i det praktiska arbetet finns tillsammans med vägledningen på www.skr.se. För fördjupning inom området patientsäkerhet hänvisas till Socialstyrelsens samlade stöd för patientsäkerhet, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Projektledare för arbetet har varit Anna Lundin, Region Stockholm och i projektgruppen har Marita Danielsson, Region Östergötland, Urban Nylén, Socialstyrelsen, Peder Carlsson, IVO, Hans Rutberg och Agneta Andersson, SKR deltagit. Pelle Gustafson på Löf har bidragit med värdefulla synpunkter.

Stockholm i november 2021

Fredrik Lennartsson
Direktör
Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

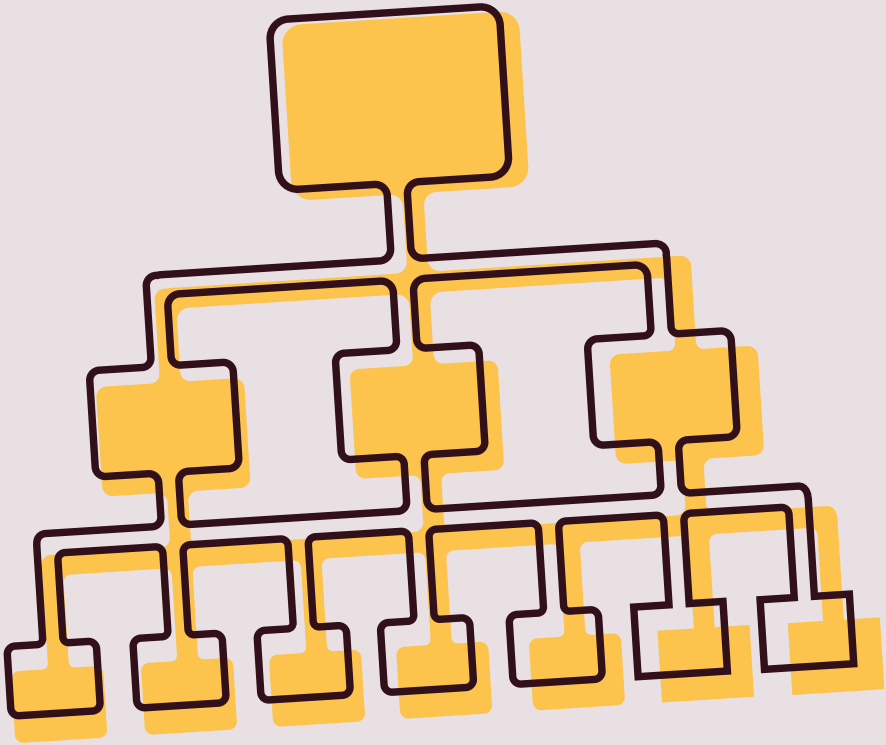
- 7 Inledning
- 8 Händelseanalys
- 9 Olika perspektiv att beakta

- 11 Kapitel 1. Viktiga aspekter vid utredning av vårdskada

- 25 Kapitel 2. Händelseanalys
- 26 Roller och funktioner i analysarbetet
- 28 Steg 1: Initiera analys
- 30 Steg 2: Samla in fakta
- 33 Steg 3: Beskriv händelseförloppet
- 35 Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker
- 38 Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
- 44 Steg 6: Skriv slutrapport
- 45 Steg 7: Besluta om åtgärder
- 46 Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder
- 47 Viktiga aspekter vid utredningar och händelseanalyser

- 51 Kapitel 3. Nationellt IT stöd för händelseanalys (NITHA)

- 53 Bilaga 1. Utredning av allvarlig vårdskada vid psykiatriska tillstånd



Inledning

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet där människor och teknik måste samverka. Risk för misstag finns alltid. Ett patientsäkerhetsarbete med systemperspektiv syftar till att minimera riskerna för medarbetare att göra fel och maximera förutsättningarna att göra rätt. Att utreda inträffade händelser som lett till att patienter skadats, eller riskerat att skadas, är nödvändigt, likaså att minimera risken att liknande händelser sker igen.

Även om svensk sjukvård internationellt sett har mycket goda medicinska resultat drabbas cirka 100 000 vuxna patienter varje år av en vårdskada (undvikbar skada) inom somatisk slutenvård.¹

Vårdskador inträffar även inom psykiatrisk vård, hemsjukvård, barnsjukvård och primärvård. För patienternas, närståendes samt medarbetarnas skull måste chefer och medarbetare sätta av tid och resurser för att göra vården säkrare. Att identifiera risker, förebygga skador och utreda händelser som lett till, eller kunnat leda till, skador är svårt men nödvändigt.

När en lex Maria anmälan görs till IVO är vårdgivare skyldiga att göra en utredning. Utredningar görs på varierande sätt och IVO behöver många gånger begära kompletteringar vilket belastar både IVO och vårdgivaren samt resulterar i oacceptabelt långa utredningstider. Ibland framgår inte orsakssamband tydligt och vissa utredningar saknar förslag på effektiva åtgärder som minskar risken för upprepning.

Vid en anmälan enligt lex Maria utgör en utredning en del av det underlag som ska skickas till IVO. En utredning ska beskriva händelseförloppet och de konsekvenser händelsen medfört. Utifrån samtal med involverade och vid behov sakkunniga analyseras bakomliggande orsaker till händelsen. Dessa kan finnas på olika organisatoriska nivåer (mikro/meso/makro) vilket är viktigt att beakta.

Ansvar för de åtgärder som genomförts eller ska genomföras för att förhindra liknande händelser kan också ligga på olika organisatoriska nivåer.

Not. 1. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaserad-journalgranskning.4633.html>.

Beslutade åtgärder ska dokumenteras i en handlingsplan. I en handlingsplan ska framgå vilka de ansvariga är, när åtgärder ska vara genomförda och hur de ska följas upp.

I skriften ”Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete” finns tolkning av vad lag och föreskrift säger om utredning, men en mer handfast vägledning saknas. Därför ges i denna text två exempel på genomförda utredningar vid vårdskada samt olika sätt att presentera dem.

Händelseanalys

Metoden händelseanalys, som använts i mer än 15 år kan komplettera en utredning vid vårdskada och förbättra förutsättningarna för lärande. Händelseanalyser syftar till att på ett strukturerat sätt identifiera och analysera vad som skett, detta för att kunna föreslå effektiva åtgärder för att förhindra att det som skett upprepas. En händelseanalys involverar fler personer och tar mer tid, men ger djupare och bredare kunskap om vad som hänt och varför. Det kan vara lämpligt att göra en händelseanalys vid särskilt komplexa händelser eller där flera kliniker, sjukhus eller andra vårdinstanser varit involverade. Metoden händelseanalys kan också användas för bedömning om en händelse är en allvarlig vårdskada eller inte, det vill säga om händelsen ska anmälas till IVO. En händelseanalys bör inte göras om det har gått alltför lång tid sedan händelsen inträffade, då minnesbilder bleknar och möjligheterna att nå klarhet minskar. Om liknande fall inträffat tidigare i verksamheten bör en riskanalys övervägas. En händelseanalys lämpar sig inte heller vid händelser som har ett tydligt individfokus och där brister i hälso- och sjukvårdssystemet kan uteslutas.

När en händelseanalys görs är målet att besvara frågorna ”Vad har hänt?” ”Varför hände det?” och ”Hur kan en upprepning förhindras?”. Utredningar och händelseanalyser syftar till att upptäcka och kartlägga brister i organisationen, inte leta efter vem eller vilka som gjort fel.

För att underlätta arbetet med att göra en händelseanalys och bidra till spridning av lärande finns IT-stödet Nitha (Nationellt IT stöd för Händelseanalyser). Flera tusen händelseanalyser finns samlade i Nithas kunskapsbank.² Två rapporter baserade på aggregerad kunskap från händelseanalyser har hittills publicerats, om diagnostiska fel (SKR) och om suicid (Folkhälsomyndigheten). Mer att läsa om Nitha finns på sidan 51 (kapitel 3).

Not. 2. <https://nitha.inera.se/Learn>.

Olika perspektiv att beakta

När en oönskad händelse lett till eller kunde ha lett till en skada berörs flera parter på olika sätt och av olika skäl. Det är viktigt att ta hänsyn till samtliga aspekter i utredning av en vårdskada. Den primärt drabbade är patienten och dennes närstående (*first victim*). Den/de sekundärt drabbade är de medarbetare som varit inblandade (*second victim*). De psykologiska konsekvenserna för enskilda medarbetare som varit inblandade i ett händelseförlopp som har lett till en skada kan vara påtagliga. I tredje hand drabbas själva verksamheten (*third victim*). Det ligger i organisationens intresse att identifiera orsakerna som lett till skadan och eliminera dem eller, om detta inte är möjligt, minimera konsekvenserna av att de är kvar. För att säkerställa att utredningen belyser de alla perspektiv bör ett antal frågor besvaras av både uppdragsgivare och analysteam för att säkra kvalitet och lärande. Dessa kontrollfrågor finns samlade på sidan 48. För utredning av allvarlig vårdskada inom psykiatrisk vård se bilaga på sidan 53.



Viktiga aspekter vid utredning av vårdskada

Vårdgivare är enligt lex Maria skyldig att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada till IVO. Enligt föreskrifterna HSLF-FS 2017:40 och 41 ska vårdgivaren göra en utredning av händelsen och bifoga till anmälan.

Utöver att initiera en utredning är verksamhetschefen ansvarig för att informera berörd patient/närstående om att en anmälan görs. Patient/närstående och involverade medarbetare ska också erbjudas stöd och möjlighet att ge sin beskrivning av händelsen.

De administrativa rutinerna kring anmälan kan variera mellan olika organisationer. Vanligt är att verksamhetschefen ansvarar för att anmälan och beslut från IVO diarieförs. Anmälan och material ska skickas in snarast efter att händelsen har inträffat. Vid beslut om att göra en händelseanalys för att komplettera utredningen kan denna skickas in senare. Anmälningens ansvar ligger ofta medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive chefläkare.

Det material som ska skickas in är utredningen inklusive handlingsplan (se nedan) samt analys av åtgärder som eventuellt förhindrat eller begränsat konsekvenserna av vårdskadan. Vidare ska patientjournal inklusive läkemedelslista, provsvar, remisser samt ev. rutiner och/eller annat relevant underlag skickas med. Handläggningstiden kortas ner genom att komplett underlag skickas till IVO som då inte behöver begära komplettering.

En utredning av vårdskada består av följande delar:

- Beskrivning av händelseförlopp, inklusive tidpunkter för händelse, kan ges i text eller alternativt göras grafiskt (se bild på sid 13 och figur 1 på sid 14).
- Konsekvenser händelsen medfört/kunnat medföra (se text eller i grafisk bild 1, avslutande elips bild 2).
- Utifrån samtal med involverade och vid behov sakkunniga analyser av händelsen och presentation av orsaker (bild 1,2). Vilka som bidragit med fakta ska framgå.
- Åtgärder som har genomförts/ska genomföras för att förhindra liknande händelser/begränsa effekt av aktuell händelse.
- Ansvariga, tidsplan och uppföljning av åtgärder ska också finnas med. Detta görs med fördel i en handlingsplan (tabell 1).

Det ska också framgå hur berörd patient och personal har informerats om händelsen och hur de erbjudits att ge sina beskrivningar av den inträffade händelsen. I de fall då patienten drabbats av allvarlig vårdskada ska patientens beskrivning av händelsen framgå. För utredning av allvarlig vårdskada inom psykiatrisk vård se bilaga på sidan 53.

Genom att göra en grafisk bild av händelseförloppet beskrivs vad som hänt med fokus på viktiga delar. Nästa steg är att identifiera de brister som lett till händelsen. Identifierade brister blir sedan underlag för fortsatt analys. Genom att ställa frågan ”Varför” identifieras orsaker i organisationen vilka kan åtgärdas för att minska risk för återupprepning. Ofta behöver frågan ”Varför” ställas flera gånger och besvaras med ”Därför att..”.

**ANMÄLAN AV HÄNDELSE SOM HAR
MEDFÖRT ELLER HADE KUNNAT
MEDFÖRA EN ALLVARLIG
VÅRDSKADA (LEX MARIA)**

Händelse som

- har medfört allvarlig vårdskada
 hade kunnat medföra allvarlig vårdskada

Vårdgivarens diarienummer	Datum för anmälan
---------------------------	-------------------

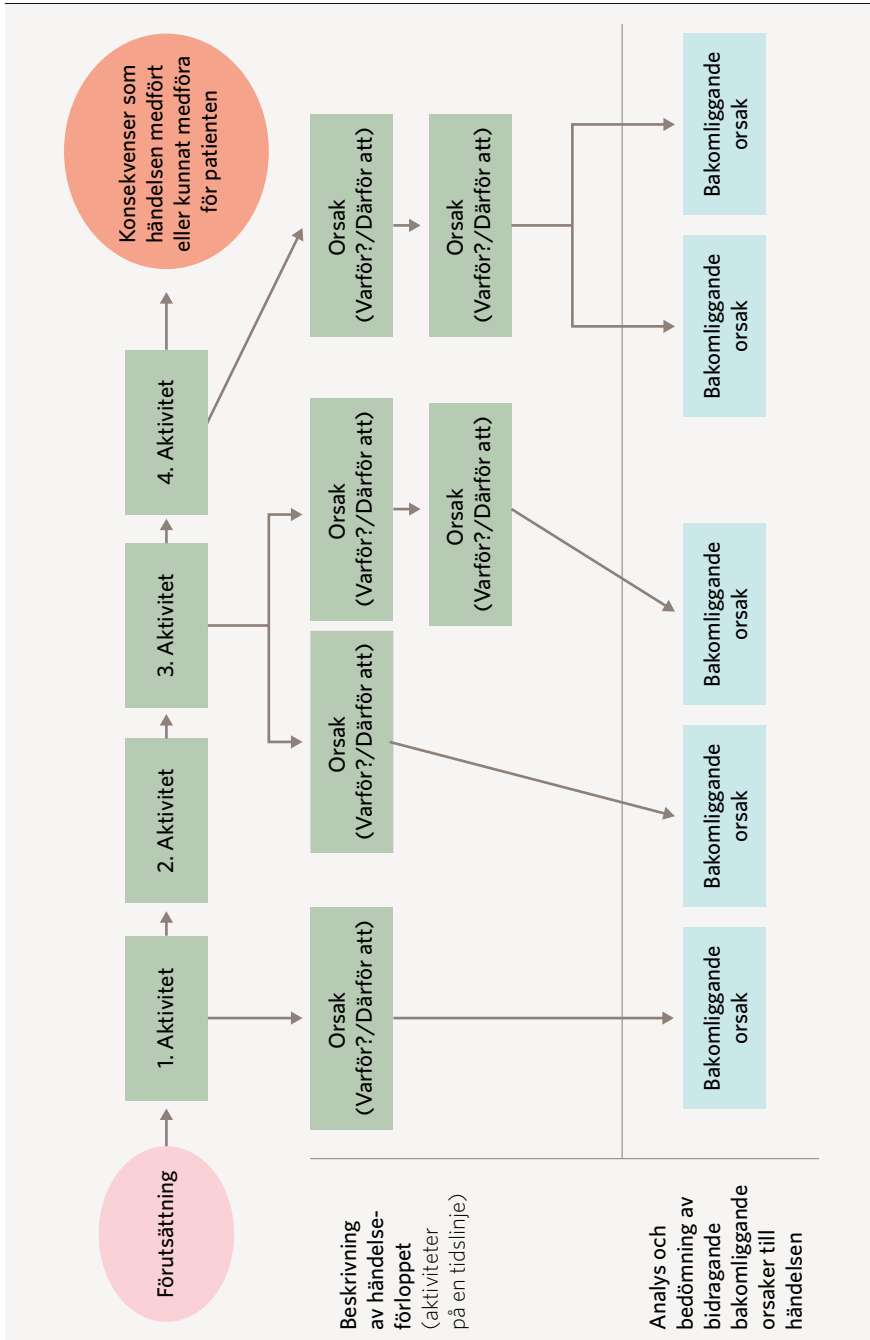
Vårdgivare (enligt definition i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen [2010:659])	Vårdgivarens organisationsnummer
Vårdgivarens utdelningsadress	
Postnr	Postort
Den eller de verksamheter som anmälan gäller	Den eller de vårdenheter som anmälan gäller
Datum då händelsen inträffade eller för inträffat händelseförlopp	Patientens eller patienternas personnummer

Kortfattad beskrivning av händelsen eller händelseförloppet (Textmängden som ryms i fältet nedan är begränsad, om du behöver mer utrymme kan du skicka med en bilaga).

Kortfattad beskrivning av konsekvenserna eller möjliga konsekvenser för patienten eller patienterna (Textmängden som ryms i fältet nedan är begränsad, om du behöver mer utrymme kan du skicka med en bilaga).

Anmälningsblankett till IVO, beskrivning av händelse och konsekvens för patient kan göras i text eller grafiskt.

FIGUR 1. Grafisk beskrivning av händelseförlopp, konsekvenser för patienten, analys och bedömning av bakomliggande orsaker



Tabell 1 visar strukturen för en handlingsplan som kortfattat och konkret beskriver de åtgärder som har genomförts/ska genomföras, ansvariga, tidsplan och uppföljning av åtgärder.

TABELL 1. Handlingsplan som inkluderar beslutade åtgärder, ansvariga, tidsplan och uppföljning

Ansvar för beslut av åtgärder/utförande:		Uppföljningsdatum (datum, tid):				
Identifierade /bakomliggande orsak	Beslutade åtgärder	Ansvarig för beslut	Ansvarig för åtgärder	Tidsplan för åtgärder	Metod för uppföljning av åtgärd	Ansvarig för uppföljning i verksamheten

En handlingsplan gör att beslutade åtgärder blir konkreta och uppföljning tidsatt. Utan ansvariga för genomförande och uppföljning av åtgärder leder en utredning inte till ökad patientsäkerhet.

EXEMPEL på genomförda utredningar från hälso- och sjukvård och kommunal vård

Beskrivning av händelseförloppet:

En patient i 60-års åldern söker på akutmottagningen för intermittenta buksmärter. I anamnesen finns en nyligen konstaterad djup ventrombos i vänster vad som waran-behandlas. Nu smärter i buken sedan fyra dagar och feber. Bedöms som appendicit och läggs in. Waran pausas och Innohep och antibiotika ordinerar från akutmottagning. Status följs inför eventuellt behov av operation. Dag 1 mår patienten relativt väl och är fastande.

Ordinerad Innohep återfinns Dag 1 som "missad" i läkemedelslistan. Dag 2 och 3 är dosen "överhoppad" med kommentar om högt PK-värde. Dag 4 är dosen åter "överhoppad" med kommentar om att Waran ska sättas in. I läkemedelsmodulen är waran pausat från inkomst till dag 5. Innohep sätts ut i samband med förmiddagsrond dag 4.

Enligt omvårdnadsdokumentationen återinsätts Waran dag 4 men kan inte signeras då det är pausat i läkemedelslistan.

Dag 5 avskrivs operation. Waran ordinerat och signerat. Patienten skrivs ut dag 6.

11 dagar senare söker patienten vårdcentralen med akuta tecken på djup ventrombos i vänster vad. Ultraljud dagen efter visar en påbyggnad av den tidigare trombosen. Bedömning görs att patienten nu är väl inställd med sitt Waran och extra Innohep inte är nödvändigt.

Vilka konsekvenser har händelsen medfört eller kunnat medföra för patienten?

Sannolikt har den tidigare trombosen byggts på p.g.a. brister i läkemedelsbehandlingen. Detta kan öka risken för både långvariga symptom från benet och för att blodproppar kan lossna och hamna i lungornas blodkärl och ge lungembolier.

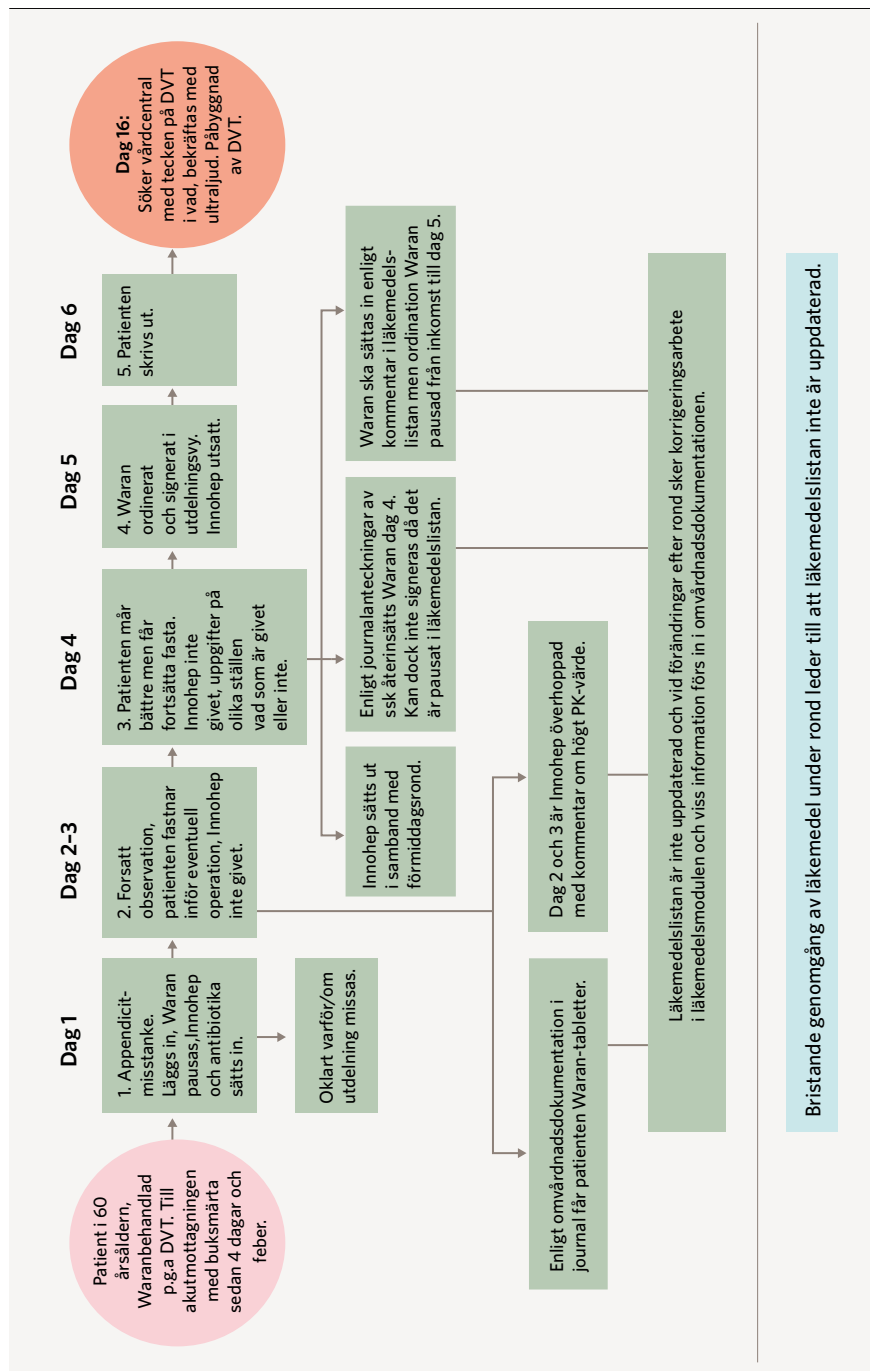
Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen:

I läkemedelsmodulen i journalen syns inte den verkliga läkemedelsbehandlingen. För att förstå vilket läkemedel patienten tagit under vårdtiden måste läkemedelsmodulens information kompletteras med dokumentationen i datajournalen. Läkemedel som är pausade kan inte signeras och läkemedel som hoppas över registreras med en kommentar. Bristande genomgång av läkemedel under rond leder till att läkemedelslistan inte är uppdaterad och vid förändringar senare under dagen sker korrigeringar både i läkemedelsmodulen och viss information förs in i omvårdnadsdokumentationen.

Sjuksköterskan kommenterar vid intervju att det är relativt vanligt att läkemedel signeras i efterhand eller skrivs in som en anteckning i journal. Läkare kommenterar att genomgång av läkemedelslistan måste vara en punkt på rondan. Akuta ändringar av läkemedel sker alltid, men planerade läkemedelsbehandlingar ska inte behöva leda till en sökning under en operation jourtid på grund av att läkemedelslistan inte gått igenom på rondan.

I patientens beskrivning av händelsen framkommer det att han fick tabletter men litade på att personalen visste vad de gav och varför.

FIGUR 2. Grafisk beskrivning som kan komplettera/ersätta text



Vilka åtgärder är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen?

Utse "läkemedelsansvarig läkare" på kliniken som tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor utformar och förmedlar information gällande läkemedelshantering på kliniken med mål att:

- All hantering av läkemedel ska kunna följas i läkemedelslistan – ordination, administrering och kommentarer kring ev. avvikelser.
- I de fall läkare inte har möjlighet att omgående hantera läkemedelslistan ska en telefonordination göras som signeras av läkare senast på morgondagens rond
- Använda checklistan för rond som inkluderar genomgång av läkemedelslistan.

Vem eller vilka ansvarar för att åtgärderna vidtas?

Verksamhetschef ansvarar för att åtgärderna genomförs.

När ska åtgärderna enligt tidsplan vara vidtagna?

Oktober år 2020.

Vem eller vilka ansvarar för uppföljning av åtgärderna?

- På uppdrag av verksamhetschef:
- Läkemedelsansvarig läkare avseende följsamhet till checklista vid rond.
- Läkemedelsansvariga sjuksköterskor, avseende följsamhet till rutin för läkemedelssignering och dokumentation (journalgranskning).

Hur har hälso- och sjukvårdspersonalen informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet?

Information vid arbetsplatsträff (APT) och morbiditets- och mortalitetskonferens (MoM).

TABELL 2. Handlingsplan som kan ersätta rubriker ovan

Ansvar för beslut av åtgärder/uppföljning:		Uppföljningsdatum (datum, tid):				
Identifierade/bakomliggande orsak	Beslutade åtgärder	Ansvarig för beslut	Ansvarig för åtgärder	Tidsplan för åtgärder	Metod för uppföljning av åtgärd	Ansvarig för uppföljning i verksamheten
Bristfällig dokumentation avseende läkemedel	All hantering av läkemedel ska kunna följas i läkemedelslistan- ordination, administrering och kommentarer kring ev. avvikelser	Verksamhetschef	Utsedd läkemedelsansvarig läkare tillsammans med läkemedelsansvariga sjuksköterskor	2 mån	Journalgranskning på x antal journaler med återföring av resultat till läkare och sjuksköterskor	Enhetschef
Bristande följsamhet till rondrutin	Använda checklistan för rond som inkluderar genomgång av läkemedelslistan	Verksamhetschef	Samtliga läkare och sjuksköterskor på kliniken, information via verksamhets- och enhetschef	2 mån	Stickkontroller på rond	Verksamhetschef
Bristfällig läkemedels- hantering	I de fall läkare inte har möjlighet att omgående hantera läkemedelslistan ska en telfonordination göras som signeras av läkare senast på morgondagens rond	Verksamhetschef	Gäller samtliga läkare och sjuksköterskor på kliniken, information via läkemedelsansvariga	2 mån	Dialog med sjuksköterskegruppen	Enhetschef

EXEMPEL från kommunal vård:

Beskrivning av händelseförloppet:

En man i 70-års åldern kommer till ett kommunalt korttidsboende efter en höftoperation. I anamnesen finns stroke med vänstersidig svaghet och sväljningssvårigheter, förmaksflimmer med waranbehandling samt kostbehandlad diabetes. Patienten har svårt att äta och dricka, blir orkeslös och får försämrad rörelseförmåga. Dokumentation och uppföljning av detta saknas. I journal finns en rekommendation om teskedsmatning relaterat till sväljningssvårigheter.

Efter 15 dagar på korttids boendet försämras mannen ytterligare och förs i ambulans till sjukhuset där behandling för pneumoni, vätskebehandling och provtagning inleds. Vid ankomst till sjukhus noteras ett trycksår grad 3 över sakrum, dåligt munstatus och kontrakturer i armar och ben.

Efter 10 dagar på sjukhus avlider mannen.

Utredningen visar brister i både handläggning och dokumentation från flera håll. I intervju med personal framkommer att mannen önskat besök av läkare men ingen läkarbedömning eller undersökning har genomförts. Flera gånger uttryckte mannen en önskan om att få dropp på grund av törst. Anhöriga uppger att mannen signalerat oro över sitt försämrade tillstånd, en information som förmedlats till personalen. Någon vårdplan diskuterades inte, vare sig med patient eller anhöriga.

Vilka konsekvenser har händelsen medfört eller kunnat medföra för patienten?

Händelsen medförde fördröjd vård och behandling för den multisjuka mannen vilket skapade onödigt lidande. Bristen på adekvat nutrition kan ha bidragit till dödsfallet. Nutitionsbristen hade kunnat undvikas med annat agerande från verksamheten.

Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen

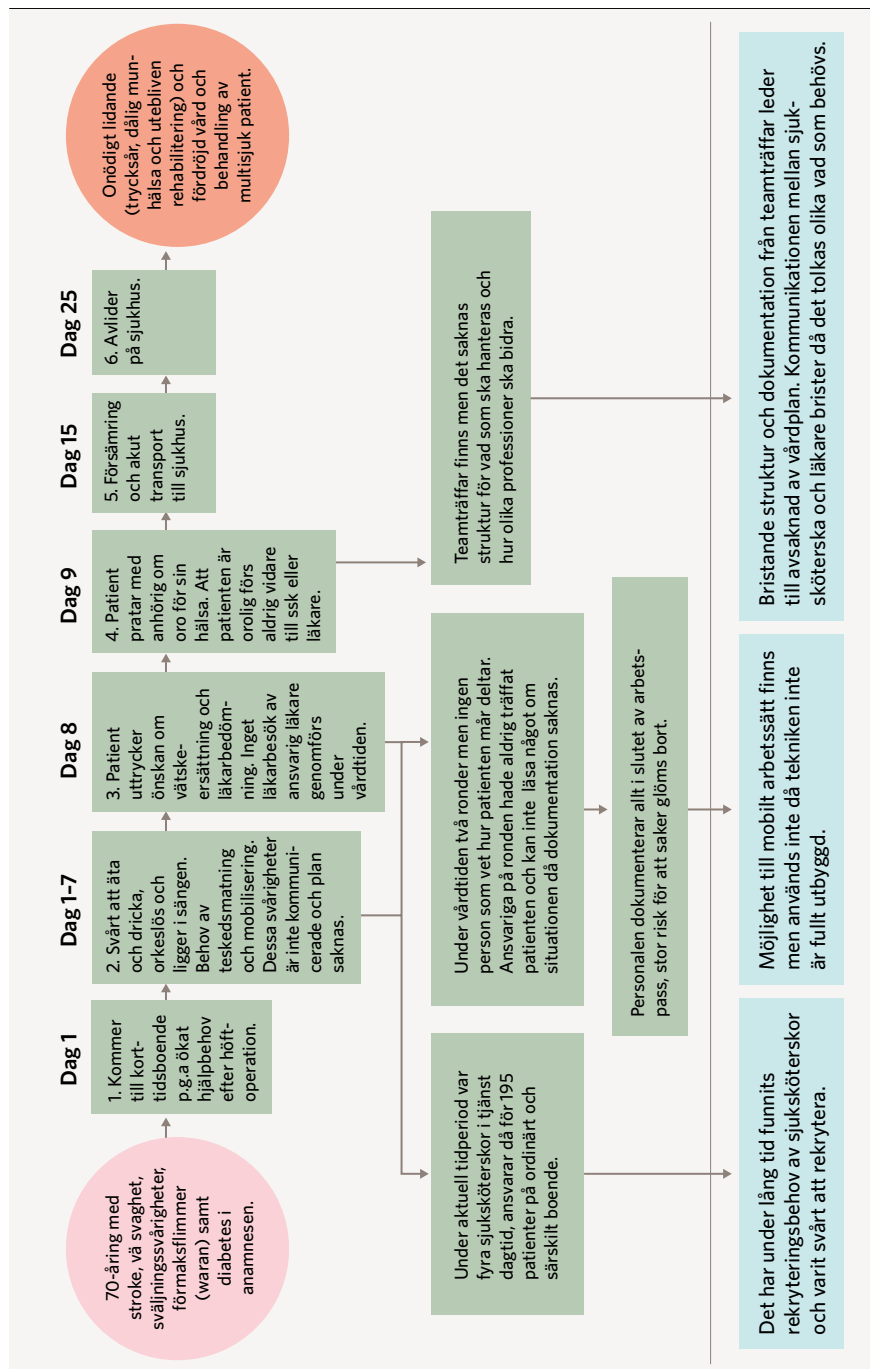
Under vårdtiden genomfördes två rondor men ingen person med uppdaterad information om mannens status fanns närvarande. Ansvariga sjuksköterskor och läkare på rondan hade aldrig träffat mannen och kunde inte läsa något om situationen då dokumentation saknades. Inget läkarbesök av ansvarig läkare genomfördes under vårdtiden. Fyra sjuksköterskor ansvarade för 195 patienter dagtid. Det har under lång tid funnits rekryteringsbehov men det har varit svårt att rekrytera.

Rondor och teamträffar genomförs regelbundet men saknar struktur för vad som ska tas upp och vilka professioner som ska medverka.

Utredningen visar att kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare brister. De olika yrkesgrupperna har olika uppfattningar om vad som behöver göras.

Möjlighet till mobilt arbetssätt finns men används inte då tekniken inte är fullt utbyggd. Personalen väntar därför med att dokumentera till slutet av arbetspasset och risken för att saker glöms bort är då stor.

FIGUR 3. Grafisk beskrivning som kan komplettera/ersätta text



Patienten och/eller anhörigas beskrivning av händelsen

Ansvariga enhetschefer har träffat anhöriga och tagit del av deras synpunkter och upplevelser samt beklagat det som inträffat.

Vilka åtgärder är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen

- Förbättra strukturen kring ronder och teamträffar. Varje möte ska dokumenteras för att kunna sprida information till berörda.
- Alla nyinskrivna patienter ska få ett besök av läkare och finnas med i rondplanering som görs av ansvarig sjuksköterska.
- Fortsätta den pågående rekryteringen av sjuksköterskor med målet att minska antal patienter som varje enskild sjuksköterska har ansvar för.
- Pilottesta Ipad för att dokumentera efter varje besök.

Vem eller vilka ansvarar för att åtgärderna vidtas?

Verksamhetschef i samråd med medicinskt ansvarig läkare och rondansvarig sjuksköterska

När ska åtgärderna enligt tidsplan vara vidtagna?

Oktober 2020.

Vem eller vilka ansvarar för uppföljning av åtgärderna?

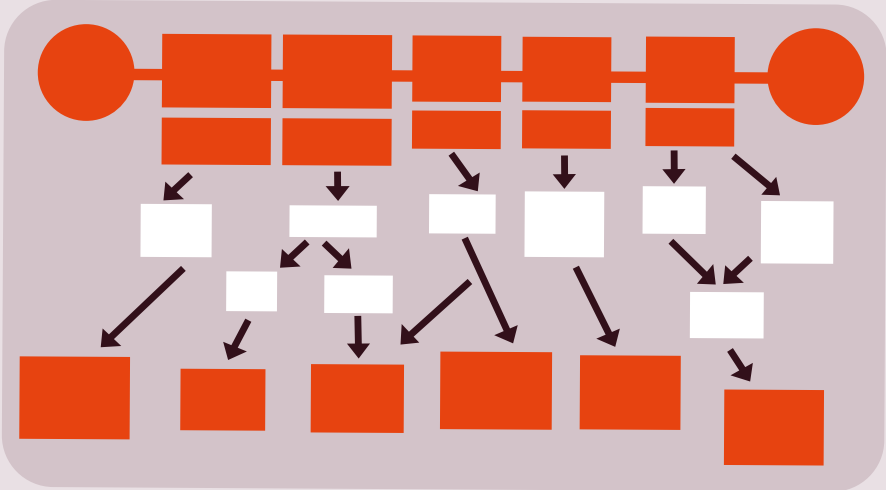
Verksamhetschef.

Hur har personalen informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet?

Veckobrev och månadsmöte för att personal.

TABELL 3. Handlingsplan som kan ersätta rubriker ovan

Ansvar för beslut av åtgärder/uppföljning:		Uppföljningsdatum (datum, tid):				
Identifierade/ bakomliggande orsak	Beslutade åtgärder	Ansvarig för beslut	Ansvarig för åtgärder	Tidsplan för åtgärder	Metod för uppföljning av åtgärd	Ansvarig för uppföljning i verksamheten
Bristande struktur och dokumentation från teamträffar innebär att vårdplan saknas. Kommunikation mellan sjuksköterska och läkare brister då det tolkas olika vad som behöver göras.	Förbättra strukturen kring ronder och teamträffar. Varje möte ska dokumenteras för att ge möjlighet till att sprida information till berörda.	Verksamhetschef	Medicinskt ansvarig läkare och rondansvarig sjuksköterska	1 mån	Journalgenomgång slumpmässigt, 10 journaler	Verksamhetschef
Möjlighet till mobilt arbetssätt finns men används inte då tekniken inte är fullt utbyggd.	Alla nyinskrivna patienter ska få ett besök av läkare och finnas med i rondplanering som görs av ansvarig sjuksköterska.	Verksamhetschef	Medicinskt ansvarig läkare och rondansvarig sjuksköterska	Från och med nästa nyinskrivna patient på boendet	Uppföljning av samtliga nyinskrivna patienter under 6 månader	Verksamhetschef
Det har under lång tid funnits rekryteringsbehov av sjuksköterskor och varit svårt att rekrytera.	Fortsätta pågående rekryteringen av sjuksköterskor med målet att minska antal patienter som varje enskild sjuksköterska har ansvar för.	Verksamhetschef	Verksamhetschef och enhetschef	6 mån	Antal patienter per sjuksköterska minska	Verksamhetschef
Möjlighet till mobilt arbetssätt finns men används inte då tekniken inte är fullt utbyggd.	Pilottesta Ipad för att dokumentera efter varje besök.	Verksamhetschef	IT ansvarig	3 mån	Intervjuer med personal	Verksamhetschef



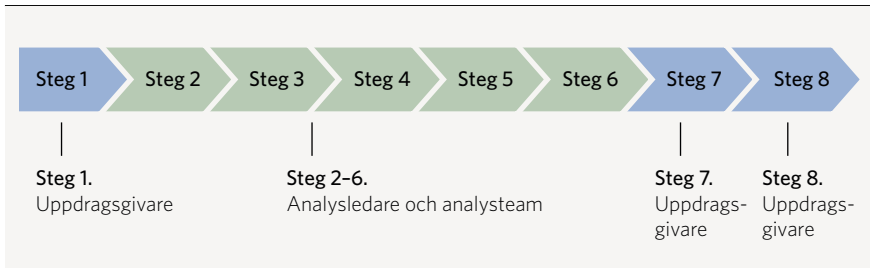
Händelseanalys

Händelseanalys är en metod för att mer ingående utreda och analysera oönskade händelser och bör göras om en sådan händelse inneburit en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. En händelseanalys bifogas anmälan till IVO, alternativt kan den göras för att få mer kunskap inför ställningstagande till om en händelse ska anmälas till IVO. För att en händelseanalys ska bidra till att förhindra upprepning av händelsen krävs öppen kommunikation om risker och avvikelser, samt ett system för spridning av analysresultat. Erfarenhet visar att en centralt placerad metodkunnig grupp, i kombination med resurser ute i organisationen, skapar goda möjligheter att genomföra analyser inom rimlig tid och med hög kvalitet. En händelseanalys ska resultera i åtgärder på systemnivå med syfte att öka patientsäkerheten.

Det är viktigt att arbetet med händelseanalysen startar så fort som möjligt efter händelsen då minnesbilder snabbt fördunklas vilket riskerar att förändra händelsebeskrivningen. Deltagare i analysteamet måste ha möjlighet att prioritera detta arbete. Att arbeta i ett analysteam är ett ”riktigt arbete” och ska betraktas och prioriteras som sådant. Tid måste avsättas i ordinarie schema. Detta sänder ett tydligt budskap om att ledningen värdesätter och stödjer förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. Tidsåtgången för analysledaren ligger oftast på minst cirka 40 timmar för varje analys.

En händelseanalys görs i åtta olika steg (se figur 4). Uppdragsgivaren ansvarar för steg 1, 7 och 8. För stegen 2–6 ansvarar analysledaren och analysteamet. För utredning av allvarlig vårdskada inom psykiatrisk vård se bilaga på sidan 53.

FIGUR 4. De åtta stegen i händelseanalyser och ansvarsfördelning



Roller och funktioner i analysarbetet

Uppdragsgivare

Uppdragsgivaren, vanligen verksamhetschefen, har ett övergripande ansvar för att analysen sker på ett bra och effektivt sätt och att beslutade åtgärder genomförs och följs upp. Händelseanalyser omfattar ofta flera enheter eller kliniker. Berörda verksamheter får då komma överens om vem som ska vara uppdragsgivare och hur samverkan ska ske.

Analysledare

Analysledaren ska ha goda kunskaper om metoden händelseanalys, men behöver inte nödvändigtvis känna till verksamheten. Det är en fördel om analysledaren, för att upprätthålla och utveckla sin kompetens, genomför flera analyser om året. Analysledaren kan med fördel vara extern, det vill säga komma från verksamhet utanför den berörda, framför allt vid allvarliga händelser där många verksamheter är involverade och vid övergripande händelseanalyser. En extern analysledare kan vara mer neutral och opartisk.

Verksamhetskunnig

En verksamhetskunnig har god kunskap om verksamheten som analyseras. I större och mer komplexa analyser kan verksamhetskunskap från flera områden behövas.

TABELL 4. Stöd för hur analysledare kan sätta samman sitt analysteam

OBS! En och samma person kan ha flera olika funktioner	Analysmedlem	Intervju
Sakkunniga inom området som händelseanalysen berör	Ja	Ja
Ledare och chefer som är väl förtrogna med händelseanalysarbete	Ja	Nej
Vårdpersonal som arbetar inom området/processen	Ja	Ja
Patient och/eller närstående som varit inblandad i händelsen	Nej	Ja
Patientrepresentant	Ja	Ja

Överväg inkludera medicinteknisk, IT- eller farmakologisk personal i analysteamet, de ofta har ett systembaserat tankesätt.

Uppdragsgivaren bör på grund av det olämpliga i att ha dubbla roller (uppdragsgivare och utredare) inte ingå i analysteamet. Medarbetare som varit direkt involverade i en allvarlig händelse ska inte heller delta i analysteamet utan intervjuas för att bidra med sina synpunkter (se tabell 4).

Nedan finns en beskrivning av roller och ansvar i en händelseanalys. En person kan ha flera roller: En analysledare kan till exempel också vara dokumentationsansvarig.

TABELL 5. Roller och ansvar i händelseanalyser

Roll	Ansvar
Uppdragsgivare	<ul style="list-style-type: none"> - Genomför steg 1, 7 och 8 i analysen - Utser analysledare och eventuellt analysteam - Avsätter tid och resurser för analysledare och analysteam
Analysledare	<ul style="list-style-type: none"> - Genomför steg 2-6 i analysen tillsammans med analysteamet - 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
Verksamhetskunnig	<ul style="list-style-type: none"> - Ser till att verksamhetens kunskap tas tillvara i analysen. - Tar fram faktaunderlag som krävs för analysen
Dokumentationsansvarig	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumenterar under analysarbetet

Steg 1: Initiera analys



Ansvarig: Uppdragsgivaren.

Uppdragsgivaren bedömer utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning om en händelseanalys ska utföras.

Allvarlighetsgrad

Tabell 6 beskriver konsekvenser av händelsen i fyra nivåer.

TABELL 6. Allvarlighetsgrad och konsekvens

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvens
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 vårdepidod för tre eller fler patienter ^{3, 4} Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepidod 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.

Sannolikhet

I tabell 7 finns frågor som hjälper i bedömning av sannolikhet för upprepning.

- › 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 kan istället en riskanalys övervägas.

Not. 3. Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbat flera patienter.

Not. 4. Med förlängd vårdepidod avses att vårdkontaktarna med patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs.

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

Matrisen i tabell 8 ger vägledning för om en händelseanalys ska utföras. Om händelsen hamnar inom rött eller mörkorange område ska en händelseanalys genomföras för att göra det mesta möjliga för att undvika upprepning.

TABELL 8. Beslutsunderlag för händelseanalys

Sannolikhet för upprepning	Allvarlighetsgrad			
	Katastrofal	Betydande	Måttlig	Mindre
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.

Uppdragsgivaren bör formulera ett skriftligt uppdrag till analysledaren med information om vad som ska analyseras, specifika frågeställningar, tidsram samt eventuella avgränsningar. I uppdraget bör också finnas förslag på verksamhetskunnig i analysteamet och information om att patient och/eller närstående ska intervjuas. Det är en fördel med tidig dialog mellan uppdragsgivare och analysledare, för att skapa en gemensam bild av förutsättningarna för analysen, frågeställningar, former för genomförande och tidsperspektiv.

Uppdragsgivaren ansvarar också för att patient och/eller närstående informeras om det inträffade, att en händelseanalys kommer att genomföras samt att de kommer få möjlighet att ge sin beskrivning. Kontakt med enbart närstående förutsätter att det sker med patientens samtycke om patienten är i livet och är kommunicerbar. Det är också uppdragsgivaren som när händelseanalysen är färdig ansvarar för att den går igenom med patient och/eller närstående.

Uppdragsgivarens ansvar gentemot involverade medarbetare innebär att erbjuda samtal under arbetstid och informera om tillgängligt stöd. Uppdragsgivare ska rekommendera medarbetare att skriva ner sin upplevelse på händelsen så snart som möjligt och informera om att de kommer kontaktas för intervju.

En händelseanalys handlar inte om att identifiera brister hos individer. Dock framkommer ibland att medarbetare allvarligt har brustit i sin yrkesutövning. Analysledaren ska då rapportera till uppdragsgivaren som hanterar detta enligt gällande lagstiftning och lokala rutiner.

Steg 2: Samla in fakta



Ansvarig: Analysledaren och analysteamet.

Analysledaren utser ett analysteam, vanligtvis 2–3 personer (se tabell 4). Analysledaren behöver cirka 40 timmars arbetstid för att genomföra en händelseanalys. Analysteamet träffas vanligtvis 2–3 gånger, cirka 2–3 timmar per gång. Tid för intervjuer av involverade medarbetare och patienter/närstående behöver sättas av. Det är också bra att boka ett avstämningsmöte med uppdragsgivaren under pågående analys för att stämma av och reda ut eventuella oklarheter.

Analysteamets mål är att besvara frågorna ”Vad hände?”, ”Varför hände det?” och ”Hur förhindras en upprepning?”. Syftet är att upptäcka brister i organisationen, inte leta efter vem eller vilka som gjort fel. Som stöd i analysarbetet rekommenderas att det nationella IT-stödet Nitha används (se kapitel 3).

I faktainsamling är journalläsning och intervjuer centrala moment. För att förstå vad som hänt är journalen ofta en viktig källa till information. Fakta kan också samlas in genom att läsa rutiner, tekniska manualer, säkerhetsföreskrifter och eventuellt vetenskapliga artiklar. Att söka i Nitha efter liknande händelser är en bra informationskälla. Besök gärna enheten där händelsen inträffat. Efter läsning av journal och övrigt skriftligt material görs intervjuer med de involverade.

Intervjuer

Intervjuer ökar förståelsen för hur och varför händelsen inträffat. Det är viktigt att utan förutfattade meningar försöka sätta sig in i den intervjuades situation. Att på djupet förstå ett handlande som orsakat en felhändelse kräver tid och eftertanke. 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.

Analysteamet bjuder in till intervju och bokar lämplig plats. Två personer från analysteamet deltar, en intervjuare och en dokumentations-ansvarig.

Förslag på grundstruktur vid intervju:

- Kort beskrivning vad händelseanalys är, varför den görs samt vem som är uppdragsgivare.
- Förklara varför ni är två personer.
- Börja med en öppen fråga och be personen beskriva händelsen. Se intervjumall (Nitha). En bra första fråga är: ”Vad var det egentligen som hände?”
- Vid tillfälle fråga hur den intervjuade tror att en liknande situation kan undvikas.
- Avsluta gärna med frågan: ”Är det något jag har glömt att fråga om?”

Intervjuerna bör genomföras i form av personliga möten. I undantagsfall kan telefonintervju och gruppintervju användas. Kom ihåg att intervjusituationen kan vara påfrestande för medarbetare som har varit involverade i en händelse. Fråga om de har fått stöd. Om inte, återkoppla till uppdragsgivaren. Rutiner ska finnas för hur medarbetare får stöd på kort och lång sikt efter en inträffad händelse.

Vid intervju av patient/närstående erbjuds ett personligt möte. Patient/närstående har unik information om hela händelseförloppet, något ingen annan har. När patient inte kan delta i intervju ska närstående tillfrågas. Patient/närstående upplever ofta händelseanalysen som ett stöd för att kunna gå vidare. Vid intervju av patient/närstående måste deras berättelse/upplevelse lyssnas på och respekteras. Upplevelsen får inte bortförklaras, det kan lätt uppfattas som kränkande. Framför en tydlig signal om att både vårdpersonalen och cheferna i organisationen är medvetna om att en person skadats, eventuellt i onödan. Beklaga eller be om ursäkt för det de fått uppleva.

När intervjun är klar sammanfattas det viktigaste som framkommit och en överenskommelse görs om hur dokumentation ska skickas. Be om snabb återkoppling om något i dokumentation inte stämmer med vad som sagts. Anteckningarna från intervjuer är arbetsmaterial som ska avidentifieras och förvaras oåtkomligt för obehöriga. När händelseanalysen är klar makuleras intervjuutskriftena.

EXEMPEL: Fallbeskrivning

Här beskrivs en allvarlig händelse som rör ett barn. Beskrivningen är ett konstruerat exempel baserat på två inträffade händelser. 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 ökning. 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 datortomografiundersökning 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 opåverkat 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 neurologstatus 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 hjärnstamsinklämning. 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 händelseförloppet beskrivas. Denna beskrivning utgör sedan underlag för fortsatt analys. Händelseförloppet beskriver kortfattat, utan värdering och i kronologisk ordning, vad som hände. Det är inte en sammanfattning av patientens hela sjukdomshistoria utan en beskrivning av väsentliga delar av händelsen.

Händelsekedjan beskrivs med ett antal så kallade delhändelser ihop med en tidsaxel som kan vara allt ifrån några timmar till månader. Händelsekedjans start- och stoppunkter markeras med ellipser och delhändelser med rektanglar. Den första ellipsen innehåller förutsättningarna för händelsen och den avslutande ellipsen ska beskriva konsekvenser för patienten. För att skapa en kortfattad och objektiv händelsekedja sammanfattas viktiga delhändelser som haft betydelse för fortsättningen. Arbetsgången med att ta fram händelsekedjan innebär att analysledaren ofta tar fram ett första utkast, vilket sedan diskuteras och revideras i analysteamet. Målet är att analysteamet ska vara överens om innehållet.

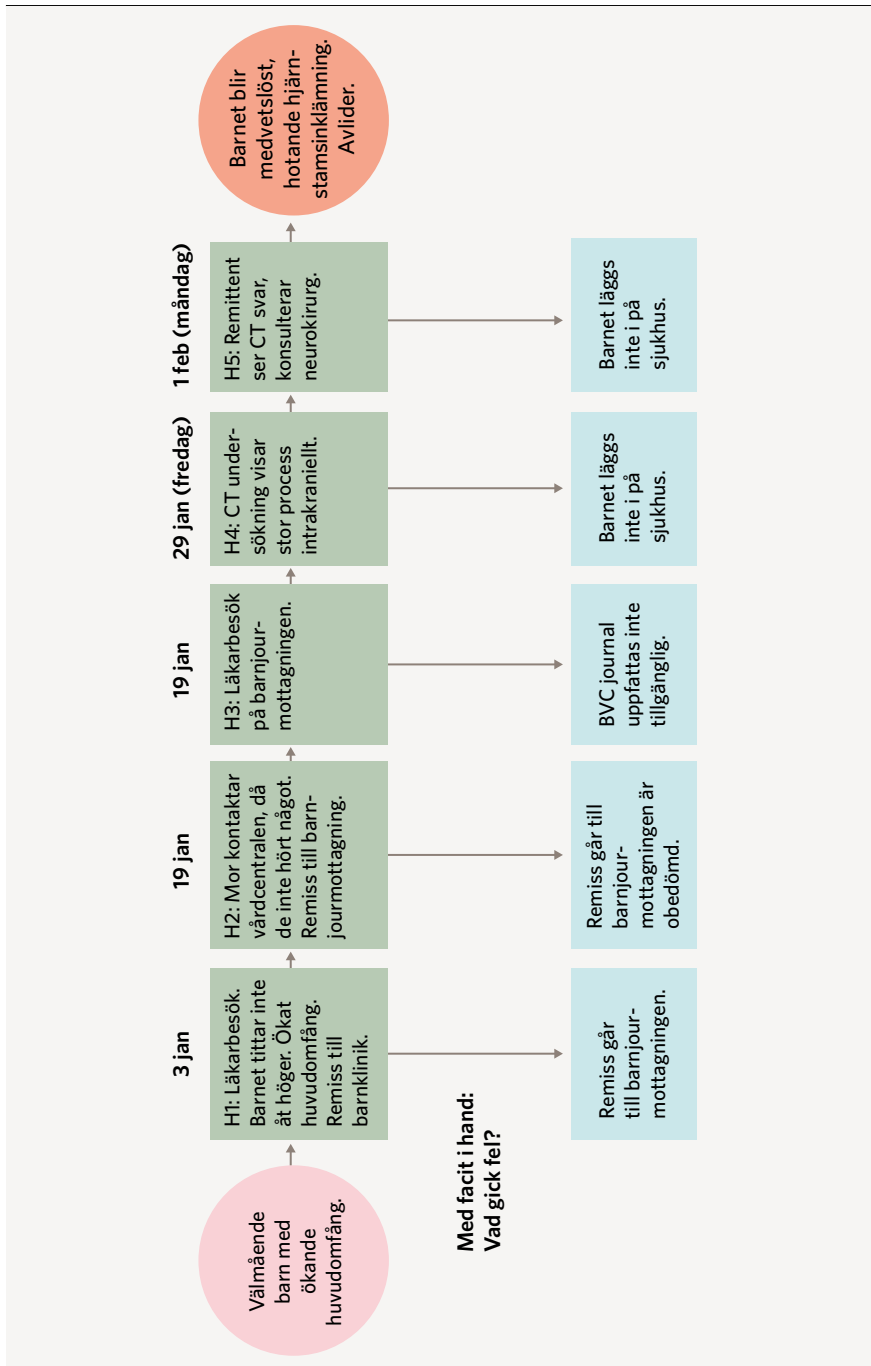
Nästa steg är att identifiera felhändelser.

Definition av felhändelse

Något som först i efterhand kan konstateras gick fel i en delhändelse.

Utifrån delhändelsen ställs frågan ”Med facit i hand – vad gick fel?” och svaret beskriver en så kallad felhändelse. Vissa delhändelser är inte kopplade till felhändelser men behövs ändå i händelsekedjan för att tydliggöra sammanhanget. Felhändelserna ska formuleras så att de kan analyseras vidare. Det ska vara möjligt att ställa frågan ”Varför?” till felhändelsen (se figur 5).

FIGUR 5. Exempel på händelsekedja med felhändelser i anslutning till varje delhändelse



En händelsekedja ska inte innehålla namn eller värderande ord. Om mer detaljerade beskrivningar behövs görs det i rapporten.

Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker



Ansvarig: Analysledaren och analysteamet.

Orsaker till felhändelser i händelsekedjan ska identifieras och analyseras. Även bakomliggande orsaker ska identifieras. En bakomliggande orsak finns på systemnivå. När åtgärder riktas mot bakomliggande orsaker minskas eller elimineras sannolikheten för att identifierade felhändelser upprepas. Bakomliggande orsaker kategoriseras inom fem orsaksområden:

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

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

För att identifiera felhändelsens bakomliggande orsaker ställs frågan ”Varför?” och svaret ”Därför att ...” skrivs in i grafen. ”Varför?”-frågan upprepas tills det inte längre är meningsfullt att upprepa den. Undvik att ställa frågan ”Vem?” eller ”Vilka?”.

TABELL 9. 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 blev 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.

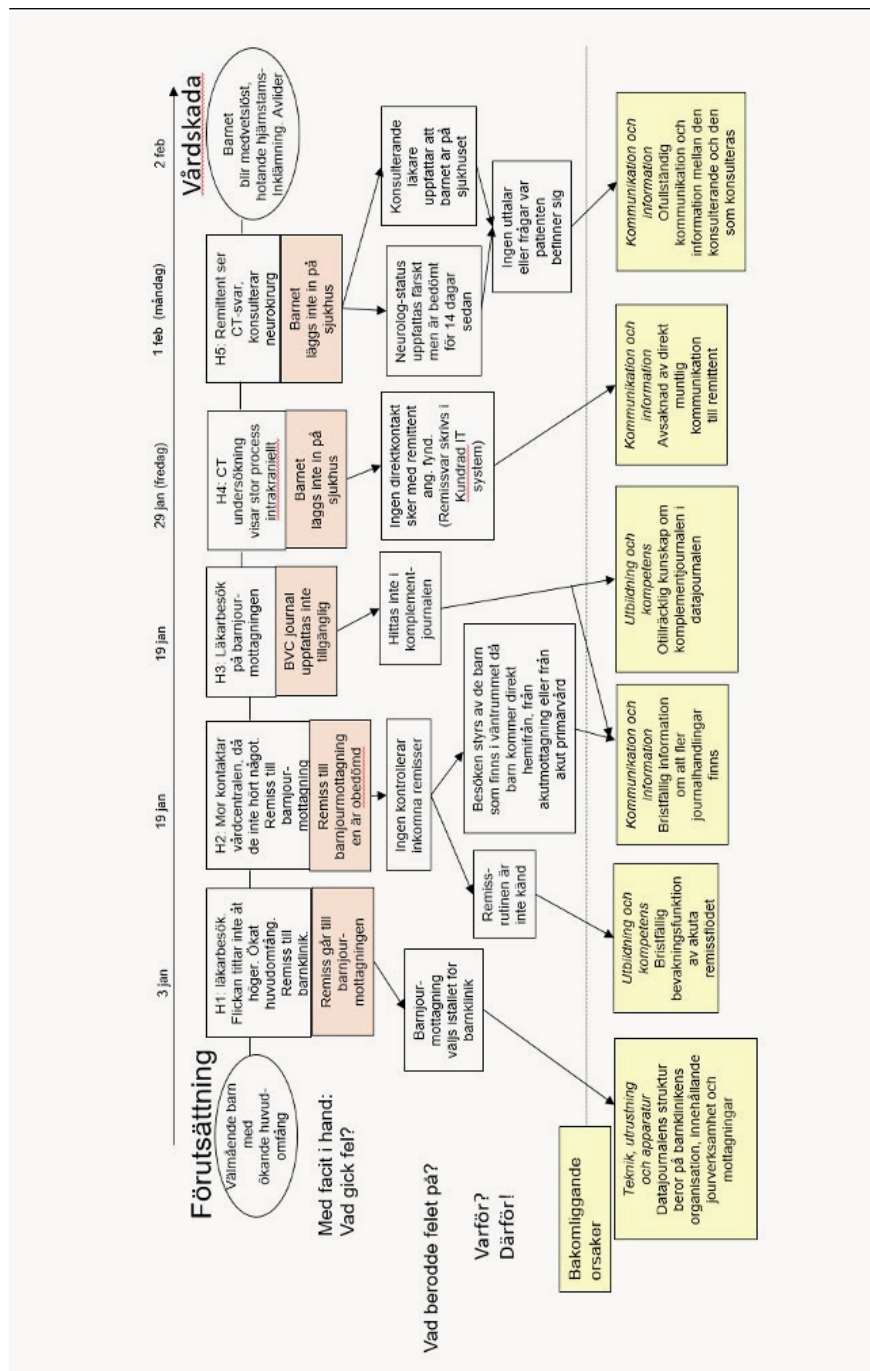
En orsakskedja ska tydligt beskriva sambandet mellan orsak och verkan. Värderande och generella uttryck som ”bristande rutiner” ska undvikas, beskriv i stället på vilket sätt rutinerna brast (”Varför?” en gång till). Varje felhändelse kan ha en eller flera bakomliggande orsaker.

Analysteamet behöver, för att veta att alla perspektiv beaktats, kontrollera att inget av de fem orsaksområdena glömts. Orsakskedjan kan kontrolleras genom att följa den både uppifrån och ner (från felhändelse till bakomliggande orsak) och nerifrån och upp (från bakomliggande orsak till felhändelse). Bakomliggande orsaker ska sökas på olika nivåer i organisationen. Det innebär att analysteamet ska ha ett brett perspektiv och inte bara söka bakomliggande orsaker som finns nära till hands, nära händelsen och lokalt.

För varje bakomliggande orsak, ställs frågan: ”Om denna orsak elimineras, begränsas eller bevakas: kan vi förhindra eller minska risken att en liknande händelse inträffar?” Om svaret är ”ja” är det bakomliggande orsak till felhändelsen.

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

FIGUR 6. Exempel på händelsekedja med orsaksanalys



Formuleringar i en händelseanalys är viktiga och påverkar hur den tas emot. En tydlig systemsyn genom hela analysen är viktigt. Skriv inte att ”ST-läkaren var trött” utan beskriv utifrån ett systemperspektiv vad som orsakar risk för trötthet hos de anställda.

Orsaker som formuleras ”Manualen är dåligt skriven” leder inte heller framåt. Viktigare är att förklara vad som saknas eller är otydligt i manualen.

Den mänskliga faktorn finns alltid närvarande i orsaksanalys, beskrivningar som ”läkaren valde fel dos” eller ”sjuksköterskan kontrollerade inte regelbundet” fokuserar på individen. Det viktiga är att identifiera vilken faktor i systemet som ökar risken att begå misstag.

Bifynd

När bakomliggande orsaker identifierats upptäcks ibland bifynd eller risker som egentligen inte direkt orsakat händelsen. Dokumentera alltid sådana bifynd och risker, och presentera dem i analysens slutrapport.

Individperspektiv

Ibland går det inte att identifiera bakomliggande orsaker på systemnivå. Felhändelsen kan i stället bero på att en medarbetare har brustit i sin yrkesutövning. Analysledaren ska då kontakta uppdragsgivaren som tar över ansvaret för vidare utredning och åtgärder. Även om någon uppenbart brustit i sin yrkesutövning finns ofta bakomliggande orsaker som ger förutsättningar för händelseförloppet. Även om en individfråga blir uppenbar och måste hanteras kan det finnas anledning att utreda också frågor kring varför det inträffade var som möjligt, vilka barriärer som inte fanns eller inte fungerade.

Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

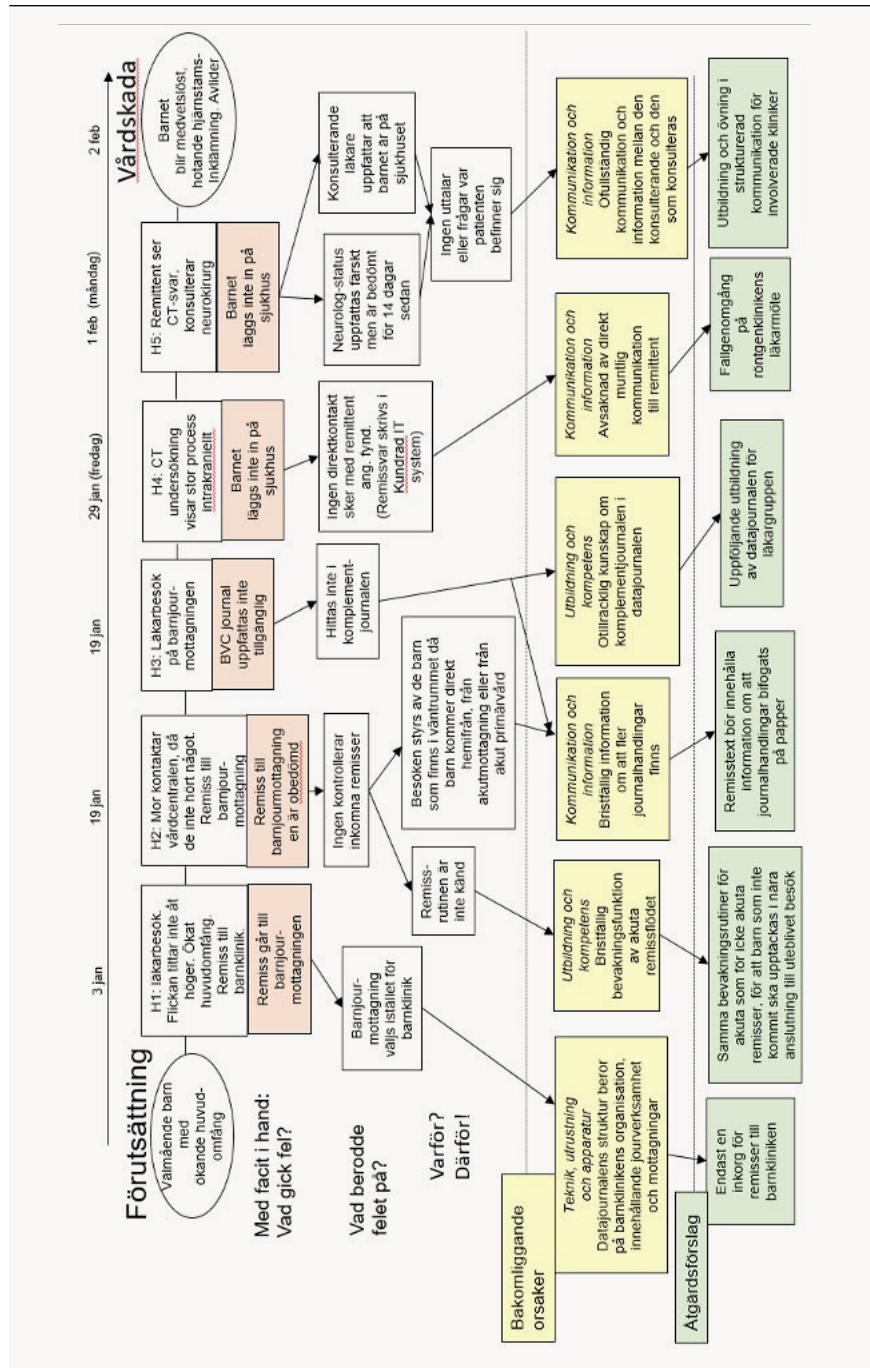


Ansvarig: Analysledaren och analysteamet.

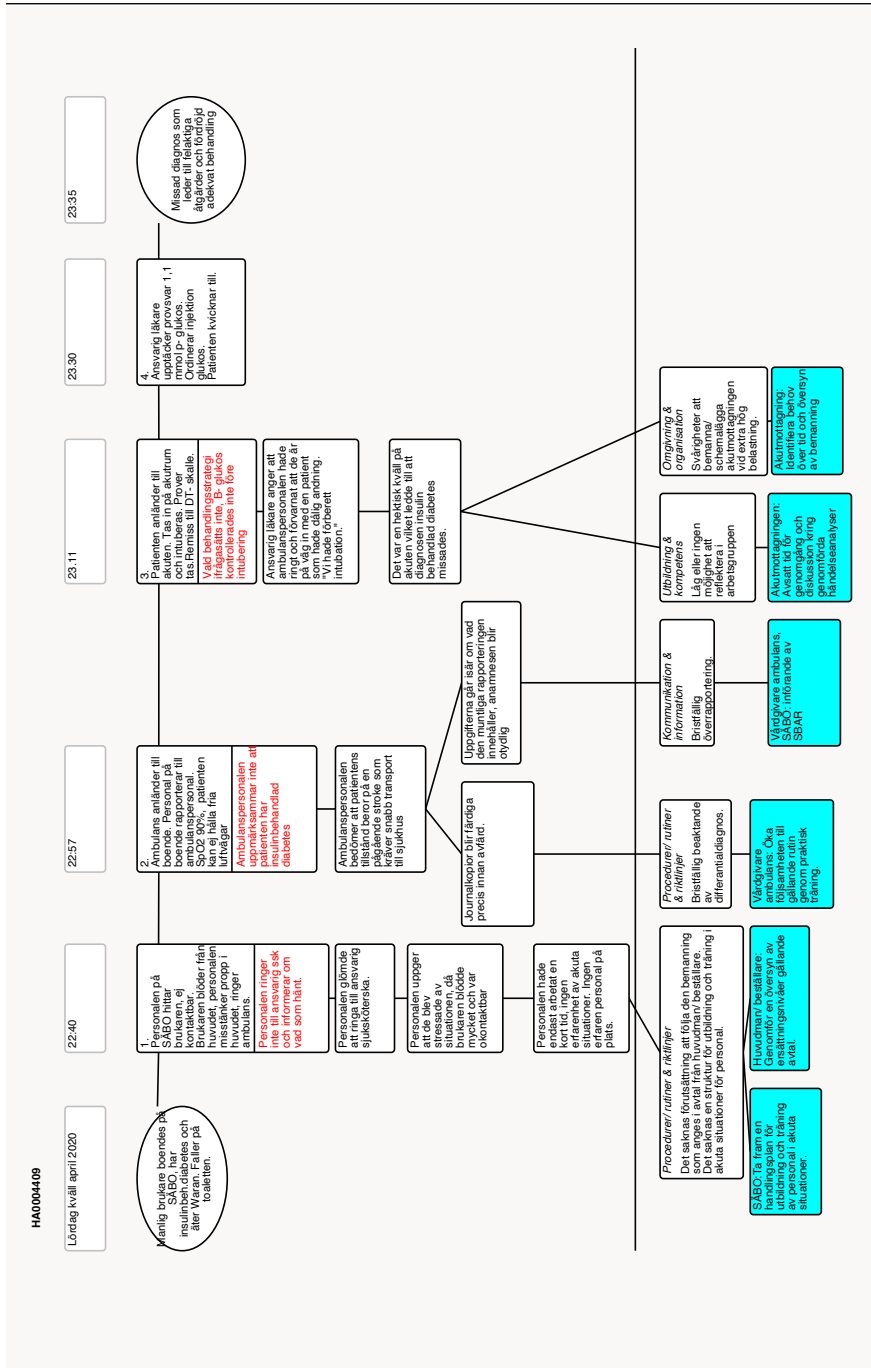
Analysteamets kanske viktigaste arbete är att utifrån sina fynd föreslå åtgärder för att eliminera eller begränsa identifierade risker eller brister i systemet. Det är viktigt att beskriva hur utvärdering kan ske för att veta att en förändring också inneburit en förbättring, likaså om åtgärdsförslagen medför nya risker.

För tydlig dokumentation av detta steg rekommenderas att använda mallen ”Handlingsplan för åtgärder” (Nitha).

FIGUR 7. Exempel på händelsekedja med orsaksanalys och åtgärdsförslag



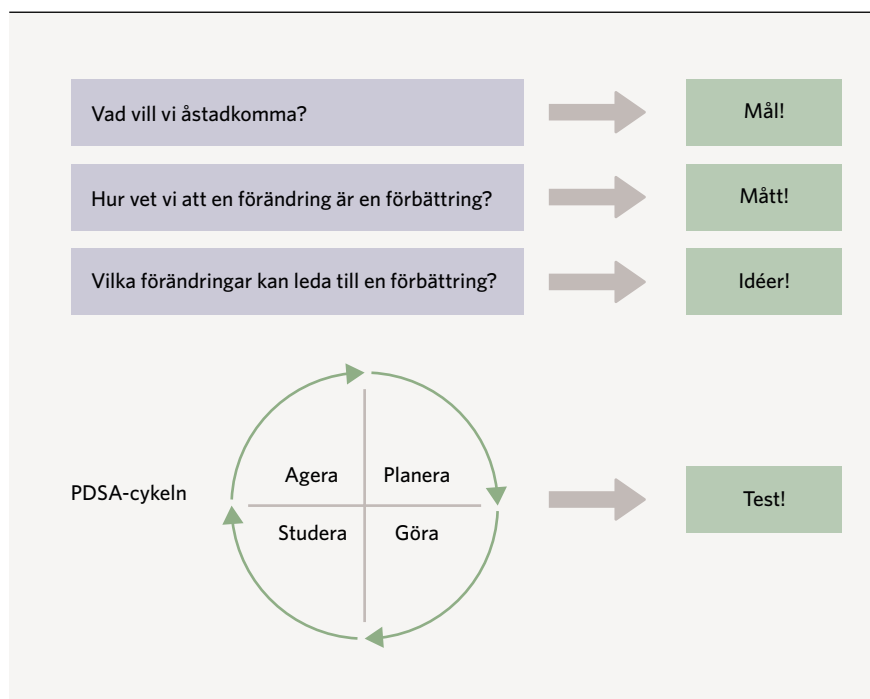
FIGUR 8. Exempel på händelsekedja med flera olika huvudmän och systemnivåer involverade



Åtgärdsförslagets effektivitet bedöms genom att analysteamet bedömer om åtgärderna verkligen förhindrar att liknande felhändelser upprepas. Skulle detta ha kunnat hända om de åtgärder vi föreslår hade varit på plats? Är åtgärderna genomförbara eller innebär de en ökad komplexitet som försvårar arbetsmoment? För att åtgärdsförslagen ska accepteras är det viktigt att de förankras i berörda verksamheter innan de beskrivs i en handlingsplan. När nya arbetssätt eller moment föreslås bör de testas i liten skala och vara mätbara så att uppföljning kan ske.

Ett grundläggande verktyg i det systematiska förbättringsarbetet är Nolans förbättringsmodell. Modellen stödjer ett strukturerat förbättringsarbete. Vad vill vi åstadkomma? Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Vilka förändringar kan leda till en förbättring? Därefter genomförs test av idén. PDSA står för planera, göra, studera och agera (Plan, Do, Study, Act).

FIGUR 9. Nolans förbättringsmodell



I tabell 10 graderas åtgärder utifrån effektivitet. Sträva alltid efter att vidta minst en mycket effektiv åtgärd. Det är också viktigt att åtgärder riktas mot olika nivåer inom organisationen.

Åtgärder ska följas upp och utvärderas. Det är uppdragsgivaren som ansvarar för utvärdering, men analysteamet kan föreslå hur åtgärder ska följas upp. Mätbarhet är ibland svårt men kan handla om att räkna hur många som följer en rutin under ett arbetspass, mäta tidsåtgång, journalgranskning och enkäter. Analys av medicinska resultat och trender för avvikelserapportering ger också mätbara utfall. För att fånga upplevelser efter förändringar kan patienter och medarbetare intervjuas.

TABELL 10. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad

	Åtgärdskategori	Exempel
Mycket effektiva åtgärder (dessa åtgärder är i mindre grad beroende av att människor kommer ihåg det rätta sättet att utföra uppgiften)	Fysiska förändringar av miljön	Utbyte av karuselldörrarna i huvudingångar till automatiska skjutdörrar för att minska antalet fallolyckor för patienter
	Ny utrustning inklusive användbarhetstestning	Enkla tester av blodglukosmätare och testremisar för polikliniska patienter samt val av den lämpligaste typen för aktuell patientgrupp
	Teknisk styrning (tvingande funktion)	Eliminera användningen av universaladapttrar för medicinsk teknisk 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 läkemedelspumpar som används inom hela sjukhuset. Användning av streckkoder vid läkemedelsadministrering
Effektiva åtgärder	Tydligt engagemang från ledningen	Ta del av enheternas patientsäkerhetsarbete. Stöd händelseanalysprocesser. Införskaffa nödvändig utrustning. Se till att bemanning och arbetsbörda är adekvat och rimlig
	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	Ta bort störmoment för sjuksköterskor vid iordningställande av läkemedel
	Utbildning genom simulerade övningar med regelbundna repetitionstillfällen och utvärdering	Utföra patientöverlämningar i simulerad miljö med efterföljande bedömning och utvärdering

	Åtgärdskategori	Exempel
Effektiva åtgärder	Checklistor/kognitiva hjälpmedel	Användande av checklistor vid operationer och andra ingrepp.
	Minska risken för förväxling av läkemedel med snarlikt utseende eller namn	Förvara inte liknande produkter intill varandra i enhetens läkemedelsförråd
	Standardiserade kommunikationsredskap	Använd SBAR. Upprepa muntliga läkemedelsordinationer innan och efter administrering Använd en fast rutin vid överlämning av patient
	Förbättra dokumentation, kommunikation	Dokumentera tydligt läkemedelsnamn och dos på intravenösa infusionspåsar
Mindre effektiva åtgärder (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 infarter varje arbetspass
	Utbildning	Demonstrera den korrekta användningen av medicinskteknisk utrustning

Åtgärdshierarkins nivåer och kategorier utgår från Root Cause Analysis Tools, VA National Center for Patient Safety.

Steg 6: Skriv slutrapport



Ansvarig: Analysledaren.

Analysledaren tar fram ett utkast till slutrapport efter att analysteamet är överens om händelsebeskrivningen, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag. Slutrapporten blir underlag för uppdragsgivarens beslut om åtgärder. Grafen blir en bilaga till rapporten.

Slutrapporten blir allmän handling när den upprättas inom offentlig verksamhet. Om händelsen är lex Maria-anmäld ska slutrapporten också skickas till IVO. Händelseanalysen blir ett komplement till den interna utredningen.

Slutrapporten är ett underlag för fortsatt arbete för en ökad patientsäkerhet. Den ska vara avidentifierad och blir offentlig när uppdragsgivaren har skrivit sina kommentarer. En avidentifierad rapport innehåller inte namn, personnummer, avvikelenummer eller data som kan identifiera patient eller involverade medarbetare. När det gäller detaljer kring tidpunkter och platser kan det vara lämpligt att skriva ”en lördagkväll på en vårdavdelning” istället för 18/7 kl 19.15 på avd. 18. Det minskar spårbarheten till individ och plats och bidrar till en systemsyn.

Slutrapportens innehåll

När rapporten är klar skickas materialet till uppdragsgivaren för återföring (steg 7). Vid rapportskrivning är det enklast att använda en särskilt framtagen mall för slutrapport, se www.skr.se, alternativt mall i Nitha. Där finns rubriker och hjälptext så att alla delar kommer med (metod, händelsebeskrivning, bakomliggande orsaker, åtgärdsförslag, bifynd, arbetstid för analysteam och uppdragsgivarens kommentarer).

OBS: Ibland är slutrapporten en del av en lex Maria anmälan. Vid anmälan till IVO ska kraven i föreskriften HSLF-FS 2017:41 IVO följas. Händelseanalysen skickas med som bilaga.

Steg 7: Besluta om åtgärder



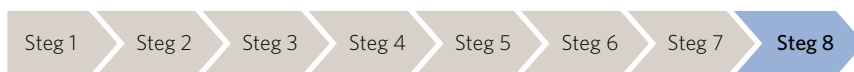
Ansvarig: Uppdragsgivaren.

Analysledaren skickar material till uppdragsgivaren och vid ett möte återkopplas resultatet. Uppdragsgivaren tar ställning till händelseanalysen och skriver kommentarer om åtgärdsförslagen i slutrapporten.

Det är uppdragsgivaren som prioriterar och beslutar vilka föreslagna åtgärder som ska genomföras och när de ska vara genomförda. Om åtgärdsförslag inte ska genomföras motiveras det och för de åtgärder som ska genomföras utses ansvariga personer. Uppdragsgivaren beslutar också om hur resultatet av analysen ska spridas. Då analysen berör fler enheter lämnar uppdragsgivaren över ansvaret för att prioritera, besluta och genomföra åtgärder till ansvariga på aktuella enheter.

Beslutade åtgärder som ska genomföras förutsätter kunskap om förbättringsarbete. Att pröva i liten skala är viktigt innan bredare implementering genomförs. Förändringar kan också prövas i olika simuleringsövningar.

Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder



Ansvarig: Uppdragsgivaren.

Uppdragsgivaren ansvarar också för det sista och mycket viktiga steget – att utvärdera och följa upp de åtgärder som analysen resulterat i. Ibland kan uppgiften överlåtas till en annan befattningshavare, exempelvis chefläkare. Uppföljning bör ske inom 6–8 månader, och tidpunkten vara bestämd på förhand.

Har åtgärderna haft avsedd effekt?

Beslutade åtgärder måste genomföras och dess effekter följas upp. För att säkerställa att åtgärderna genomförs ska en enskild person eller en utpekad funktion ges ansvaret för att varje åtgärd genomförs före ett fastställt datum. Ansvaret bör inte delas mellan olika personer, eftersom man då riskerar att ansvaret urvattnas och att sannolikheten för ett effektivt genomförande minskar.

Varje åtgärd som analysteamet identifierar och föreslår kräver minst ett måttetal eller mått, vilket antingen kan vara ett processmått eller ett resultatmått. Ett processmått kan ibland vara något så enkelt som att dokumentera att åtgärden har värderats och genomförts eller inte har genomförts. I handlingsplanen finns en kolumn för att ange hur effekten ska kunna följas upp.

Det är väsentligt att inblandade medarbetare och inblandade patienter/närstående får återkoppling på händelseanalysen. De ska också få tillfälle att yttra sig över de föreslagna åtgärderna.

Återkoppling är väsentlig för att skapa en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att samtliga anställda får se de förbättringar som en händelseanalys lett till. En genomförd analys bör diskuteras i verksamhetens ledningsgrupp, kvalitetsråd, patientsäkerhetsteam eller motsvarande. En verksamhet med god säkerhetskultur sätter stort värde på att resultatet sprids även utanför den egna enheten. Uppdragsgivaren ansvarar för att sprida resultatet, så att det kan användas i lärande syfte.

Signaler som tyder på att händelseanalysprocessen kan behöva gås igenom och revideras är:

- 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
- Inga bakomliggande orsaker är inriktade mot brister i systemet/organisationen
- Uppföljningen av åtgärdsförslag har tilldelats en grupp i stället för en person/funktion
- Åtgärdsförslagen saknar slutförandedatum eller meningsfulla process- och resultatmått
- Händelseanalysen har tagit mer än ca 45 dagar att genomföra
- Tvivel finns på att om de föreslagna åtgärderna genomförs och upprätthålls kommer det att minska risken för att liknande händelser inträffar igen

Händelseanalysprocessen bör årligen utvärderas av ledningen vad gäller förutsättningar och effektivitet. Finns analysledarkompetens och möjlighet att prioritera analysarbetet? Exempelvis kan andelen händelseanalyser med minst en mycket effektiv eller effektiv åtgärd mätas, men också andel av åtgärder som klassificerats som mycket effektiva eller effektiva. Andra relevanta mått är andel effektiva eller mycket effektiva åtgärder som genomförts och följts upp. Antalet händelseanalyser som presenterats för högsta ledningen är ett mycket relevant mått ur perspektivet ledningens engagemang.

Viktiga aspekter vid utredningar och händelseanalyser

Oavsett om en utredning genomförs med eller utan händelseanalys bör ett antal frågor besvaras av både uppdragsgivare och analysteam för att säkerställa kvalitet och lärande. Om strukturen vid intern utredning och händelseanalys följs är det ett sätt att besvara frågorna.

Efter varje kontrollfråga bör frågan ”Hur vet vi det?” ställas, och kunna besvaras med en kort beskrivning av en utförd eller planerad aktivitet. Om kontrollfrågan inte kan besvaras med exempelvis en beskriven aktivitet eller utförd kontroll, finns skäl att ansvariga för utredningen ifrågasätter kvaliteten i sin utredning och överväger kompletterande åtgärder, eller kanske byter utredningsmetod.

1. Patient/närstående

- › Har patient/närstående fått en förklaring till det inträffade?
- › Har patient/närstående fått ge sin bild av det inträffade?
- › Har patient/närstående fått en ursäkt?
- › Är patient/närstående informerade om patientnämnd/IVO/patientförsäkring?
- › Uppfattar patient/närstående utredningen som trovärdig? Litar de på oss när vi säger att det som inträffat inte ska hända igen?

2. Medarbetare

- › Har inblandade medarbetare fått komma till tals i utredningen?
- › Har inblandade medarbetare behandlats respektfullt? Förläggs ansvaret för det inträffade på rätt nivå och/eller på rätt person?
- › Är balansen mellan individ- och systemperspektiv rimlig?
- › Har inblandade medarbetare fått erbjudande om hjälp med att hantera händelsen?
- › Uppfattar inblandade medarbetare utredningen som trovärdig?

3. Organisationen

- › Har ansvariga utredare letat på ”rätt ställen” och ställt rätt frågor?
- › Är utredningen tillräckligt omfattande i tid och rum?
- › Finns olika organisatoriska nivåers ansvar (mikro/meso/makro) med?
- › Har ”rätt orsaker” framkommit? Är det sannolikt att felkällan/felkällorna är funna?
- › Uppfattar organisationen utredningen som trovärdig?

4. Åtgärder

- › Föreslås effektiva åtgärder? Kommer systemet att bli säkrare om de föreslagna åtgärderna införs?
- › Kommer de föreslagna åtgärderna att genomföras?
- › Kommer den planerade uppföljningen av händelsen att genomföras?

5. Lärande och spridning av lärande/kunskap

- › Har inblandade personer och organisationer lärt sig något av det inträffade?
- › Kommer rutiner, riktlinjer och arbetssätt att förändras?
- › Har det inträffade och konsekvensen av händelsen dokumenterats någonstans?
- › Kan vi säga att organisationen kommer att bli säkrare efter det inträffade än före?
- › Kommer kunskap och lärdom av det inträffade att spridas utanför den lokala verksamhet där händelsen ägde rum?
- › Finns en konkret plan för hur spridning av kunskap ska ske, internt och externt?

6. Tidsperspektivet

- › Finns det skäl att slutföra utredningen innan åtgärder införs eller finns det skäl att införa tidiga, eventuellt tillfälliga, åtgärder innan utredningen är avslutad?



Nationellt IT stöd för händelseanalys (NITHA)

Det nationella IT-stödet Nitha stödjer arbetet med händelseanalyser och möjliggör att analysresultat blir tillgängliga för ett brett lärande. Nitha understödjer ett standardiserat arbetssätt och en gemensam terminologi. IT-stödet består av en operativ del, Nitha analys, och en öppen sökbar del, Nitha kunskapsbank.

Användning av Nitha analys innebär bland annat att:

- › enbart analysledare, analysexperten och teammedlemmar med särskild inloggning har tillgång till den pågående händelseanalysen.
- › behörigheter och roller är personliga och att spårbarhet därmed är möjlig.
- › uppgifter matas in i databasen.
- › analysgrafiken ritas direkt i applikationen och sedan förs datan över automatiskt till preliminärreporten, i syfte att underlätta och stödja rapportskrivandet.
- › olika mallar underlättar arbetet, till exempel för preliminärreporter, slutreporter och handlingsplaner.
- › arbetet med att identifiera systemberoende orsaksområden underlättas.
- › verksamhetens händelseanalyser finns tillgängliga.
- › analysledaren får hjälp av checklista för att kontrollera att alla steg i analysen genomförts.
- › kvalitetsgranskning av analysen till exempel genom att annan erfaren analysledare genomför Kvalitetsgranskarens checklista i Nitha.
- › allt arbetsmaterial som lagts till i modulerna Intervjuer och Arbetsdokument raderas med automatik när analysen överförs till Nitha kunskapsbank.

Det är uppdragsgivaren som beslutar om händelseanalysen ska publiceras i Nithas Kunskapsbank. Vid publicering bidrar man till en bredare spridning av resultaten i händelseanalyserna som ett led i patientsäkerhetsarbetet.

Nithas kunskapsbank innebär att:

- › färdiga händelseanalyser som regionerna delat med sig av samlats för att sprida kunskap.
- › information i Nitha kunskapsbank är öppen och sökbar för alla. I kunskapsbanken kan man söka och ta del av genomförda och aidentifierade analyser och resultat på lokal, regional och nationell nivå.
- › underlaget kan användas för att se trender och problemområden inom vårdgivarorganisationen, för riskanalys och forskning.
- › Nitha erbjuds av Inera till regioner, kommuner och till privata vårdgivare som är offentligt finansierade.

Utredning av allvarlig vårdskada vid psykiatriska tillstånd

Detta är ett komplement till ”Utredning av allvarliga vårdskador – Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys” och ett stöd för hur den tidsmässiga avgränsningen och bedömningen av vårdskada vid psykiatriska tillstånd kan göras.

Sjukdoms- och vårdförloppen vid psykiatriska tillstånd är ofta långa, och flera aktörer kan vara involverade. För att möjliggöra en så god bedömning som möjligt av inträffad händelse behöver händelseförloppets omfattning definieras och en rad faktorer systematiskt beaktas. Målet med utredningen är att finna åtgärder som syftar till att stärka patientsäkerheten så att risken minskar för att liknande händelser upprepas. Checklistan nedan innehåller faktorer som bör beaktas vid utredningen. Utredningen genomförs med fördel av ett tvärprofessionellt sammansatt team, där läkarkompetens alltid ska finnas. Närstående kan ofta bidra med värdefulla uppgifter kring händelseförloppet och dess omständigheter och bör därför involveras i utredningen.

Tidsomfång

Tidsomfånget som utredningen behöver omfatta ska anpassas efter patientens sjukdoms- och vårdförlopp. Beroende på hur vårdförloppet sett ut kan det innefatta flera månader, ibland flera år.

Långdragna sjukdomstillstånd och incidenter som suicidförsök eller suicid är ofta konsekvenser av långvarig psykisk och/eller somatisk ohälsa. För dessa behöver utredningen innefatta den tid som krävs för att fånga och förstå helhetsbilden. Syftet är att hitta faktorer som bidragit till det individuella förloppet. Dessa faktorer kan ligga långt tillbaka i tiden, exempelvis kan en missad, fördröjd eller felaktig diagnos orsaka allvarliga konsekvenser senare i ett förlopp.

En incident som däremot inträffar isolerat utan att vara en del i en längre kedja av händelser kan utredas avgränsat. Exempel på en sådan händelse kan vara en läkemedelsincident på en vårdavdelning.

Bedömning av vårdskada/risk för vårdskada

En sammanlagd värdering av bidragande och bakomliggande orsaker och faktorer under det utredda vårdförloppet ska göras. När dessa var för sig eller tillsammans bedöms ha påverkat händelseförloppet i ogynnsam riktning och på ett väsentligt sätt bidragit till att händelsen inträffade, bör händelsen betraktas som undvikbar och därmed som vårdskada.

Bedömningen huruvida utfallet av ett längre förlopp var undvikbart är ofta svår att göra, och bör därför göras i det tvärprofessionella teamet i samråd med chefläkare.

Åtgärder

För att åtgärder som vidtas ska vara verkningsfulla och bidra till att stärka patientsäkerheten behöver de rikta sig mot identifierade brister och införas på ett organisatoriskt hållbart sätt. Detta innebär att åtgärder inte bara bör vidtas på mikronivå, utan även övervägas på meso- och makronivå. Åtgärder ska vara konkreta och ha som mål att åstadkomma förändringar som ökar skyddet mot vårdskada. Exempel kan vara utvecklade arbetssätt kring samverkan med närstående och andra vårdgivare, samordnad individuell planering (SIP), återkommande utbildningsinsatser och rutiner för att utvärdera behandling och vårdplaner. Åtgärderna ska följas upp och utvärderas som en del i verksamheternas systematiska patientsäkerhetsarbete.

Checklista

Fråga	Ja/nej/oklart	Kommentar
1a Hade patienten en vårdplan/krisplan?		
1b Var planen tydligt dokumenterad?		
1c Skedde adekvat utvärdering?		
2 Hade patienten en fast vårdkontakt?		
3 Hade patienten en tydlig och rimlig diagnos?		
4 Var rimlig somatisk undersökning och utredning genomförd?		
5a Hade patienten adekvat läkemedelsbehandling?		
5b Följdes effekterna av läkemedelsbehandlingen upp inom rimlig tid?		
6 Hade andra behandlingsinsatser, t ex samtalsbehandling, påbörjats och genomförts i avsedd omfattning och i rimlig tid?		
7a Genomfördes alkohol- och drogscreening?		
7b Vidtogs rimliga åtgärder för att motverka riskbruk eller beroendutveckling?		
8 Finns psykiskt status tydligt dokumenterat i närtid?		
9 Gjordes rimliga bedömningar avseende behov av tvångsvård?		
10a Genomfördes rimliga suicidriskbedömningar* i närtid?		
10b Vidtogs rimliga suicidpreventiva åtgärder** och följdes de upp?		
11 Fanns det inbokade, planerade besök efter senaste vårdkontakten?		
12a Kom patienten på de senaste planerade besöken?		
12b Om nej, vidtogs rimliga åtgärder med anledning av att patienten uteblev?		
13 Var närstående delaktiga i vården?		
14a Tillgodosågs eventuellt behov av samverkan mellan vårdgrannar? (SIP, vårdplanering inför utskrivning, samarbete med kommun)		
14b Dokumenterades överförd information?		
14c Följdes överenskommelserna upp på rimligt sätt?		

* En suicidriskbedömning grundas på en personlig undersökning av patienten och bör inkludera anamnes från närstående.

Bedömningen bör innehålla:

- › Riskfaktorer och skyddsfaktorer för suicid, inklusive eventuella akuta triggers.
- › Aktuell suicidalitet (eventuell förekomst och intensitet av livsleda, suicidtankar, suicidplaner, suicidala impulser).
- › Bedömning av suicidrisken (låg, förhöjd, akut/hög).

** Suicidpreventiva åtgärder ska vidtas vid förhöjd suicidrisk och vara individuellt anpassade.

Exempel kan vara:

- › Tät uppföljning i öppenvård, eventuellt hembesök.
- › Inläggning i slutenvård med rimlig tillsynsgrad.
- › Säker slutenvårdsmiljö.
- › Ställningstagande till behov av tvångsvård.
- › Rimliga behandlingsinsatser beroende på problematik som läkemedel, ECT, KBT, DBT.
- › Ställningstagande till anmälan om olämplighet av innehav av vapen.

Utredning av allvarliga vårdskador

VÄGLEDNING VID UTREDNING OCH HANDBOK FÖR METODEN HÄNDELSEANALYS

Materialet riktar sig till beslutsfattare och personal inom hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt till privata vårdgivare. Innehållet består av en allmän del om patientsäkerhet, en del som belyser viktiga aspekter av utredningen vid vårdskada samt en avslutande detaljerad beskrivning av metoden händelseanalys.

Den första versionen av handboken i Risk- och händelseanalys gavs ut år 2005 och reviderades 2009 och 2015. År 2017 publicerade SKR skriften Effektivisering av arbete med Händelseanalys, där svenska och amerikanska erfarenheter av att använda metoden sammanställdes.

I denna fjärde version har handboken delats upp i två separata delar; dels denna där Effektivisering av arbete med Händelseanalys har integrerats, dels en separat publikation som beskriver metoden riskanalys.

Anvisningarna för genomförande av metoden riktar sig särskilt till uppdragsgivare, analysledare och analysteam och innehåller fallbeskrivningar och tips som underlättar användningen av metoden.

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

ISBN 978-91-7585-993-4

Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**