

# Händelseanalys - patientsäkerhet

Gäller för: Region Kronoberg

## Arbetsprocess vid händelseanalys

1. Chefläkare beslutar om händelseanalys ska göras.
2. Patientsäkerhetsstrateg informeras att uppstart av en analys är aktuell och samordnar sammansättning av analysteam samt föreslår en analysledare. 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.

Begäran om att utse en ”expert” som kan delta i teamet kan skickas till berörda verksamhetschefer. (Det ska inte vara någon med chefsfunktion eller personlig inblandning i händelsen.) Personen som utses att delta i en händelseanalys som analysteammedlem eller sakkunnig ska kunna avsätta minst 10 timmar till analysarbetet, inom en tidsperiod på ca 4 veckor.

3. Patientsäkerhetsstrateg (eller chefläkare) kontaktar berörd verksamhetschef på den enhet där skadan uppkom. Verksamhetschefen blir uppdragsgivare och får i uppdrag att inkomma med ett skriftligt uppdrag.
4. Verksamhetschefen på den enhet/de enheter där skadan uppkom ansvarar för att medarbetare, patient och närstående blir informerade om händelsen, att en händelseanalys kommer att göras och att de kommer bli kontaktade av analysteamet för att få ge sin beskrivning av det inträffade.
5. Analysgruppen träffas inom en vecka efter att uppdraget kommit in. Till första mötet ska teamet ha läst in sig om händelsen. Då bestäms vilka intervjuer som ska göras, om ytterligare handlingar behövs samt vem som ansvarar för vad i teamet. En tidsplan görs upp. Förslagsvis 4–5 träffar och återföring inom 3 mån. Återföringsdatum bokas (i Outlook) med fördel redan vid första mötet.

Patient/anhöriga ska alltid intervjuas om inte speciella omständigheter föreligger.

6. Berörda verksamhetschefer (där de som ska intervjuas är anställda) informeras av analysteamet. Verksamhetschefen ombeds informera berörda personer att de kommer kontaktas för intervju. HÖG prioritering i verksamheten.

Intervjupersoner ska ha möjlighet att avsätta tid, detta ska säkerställas av ansvarig verksamhetschef.

- Analysteams kommande arbetsmöten används till att gå igenom det som framkommit i intervjuer och upprätta en analysgraf med händelsekedja, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag. Analysledare ansvarar för att en preliminär rapport skrivs.
- Återföring av analysen görs av analysledare och hela eller delar av analysteamet till uppdragsgivare och berörda chefer. Regional chefläkare, ansvarig verksamhetsområdeschef och områdets chefläkare ska alltid kallas till återföring. Vid återföringen diskuteras åtgärdsförslagen och det är uppdragsgivaren i samråd med eventuella övriga berörda klinker, som beslutar vilka åtgärder som ska genomföras, tidsplan för dessa och vem som är ansvarig för genomförandet. Detta sammanfattas i en separat åtgärdsplan/handlingsplan.

Beslut om eventuell Lex Maria tas av Chefläkare.

- Analysledaren skriver slutrapport med eventuella kompletteringar som framkommit vid återföringen och skickar till berörda chefer för kommentarer och upprättande av åtgärdsplanen/handlingsplanen. Det är uppdragsgivaren/ beslutsfattarna i berörda verksamheter som prioriterar och beslutar vilka av föreslagna åtgärder som ska genomföras, vem som ansvarar för att genomföra dem och när de ska vara genomförda. Om något åtgärdsförslag inte ska genomföras ska det tydligt framgå varför detta beslut tagits.
- När analysledaren fått svar från uppdragsgivare och berörda chefer skickas rapport och åtgärdsplan/handlingsplan till patientsäkerhetsstrateg och regional chefläkare.

Analysledaren ansvarar för att slutversionen av rapporten och åtgärdsplan/handlingsplan sparas i det IT-baserade verktyget Nitha.

- Verksamhetschefen återkopplar analysen till hela personalgruppen i ett lärande syfte. Verksamhetschefen återför utredningens resultat till berörd patient och/eller närstående. Om händelsen är aktuell för lex Maria-anmälan informeras patient och/eller anhöriga om detta och att möjlighet finns att bifoga ett eget yttrande.

Om patient och närstående inte är nöjda med vårdens utredning ska de informeras om att de kan anmäla händelsen till IVO – Klaga på hälso- och sjukvården. Informera även om att patienten kan söka skadeersättning på Patientförsäkringen (LÖF).

12. Händelseanalysen arkiveras i avvikelssystemet och bifogas vid en eventuell lex Maria-anmälan. Har patient eller närstående gjort en anmälan om fel i vården till (IVO) och eller Patientförsäkringen (LÖF) skickas händelseanalysen som komplettering till övriga handlingar som begärts från IVO och LÖF.
13. Uppföljning av beslutade åtgärder: Patientsäkerhetsstrateg eller motsvarande sammanställer gjorda händelseanalyser (och internutredningar) samt lex Maria en gång/år för respektive enhet. Dessa tas sedan upp på klinikens patientsäkerhetsrund. Kliniken ska då t.ex. redogöra för om/hur föreslagna åtgärder vidtagits och hur effekten av dessa följts upp.

**OBS! Om analysteamet identifierar att den bakomliggande orsaken är en medarbetare som brustit i sin yrkesutövning, ska analysledaren kontakta uppdragsgivaren som tar över ansvaret för vidare utredning och åtgärder.**

### Uppdrag att utföra händelseanalys

- Avvikelse rapport ska finnas upprättad om händelsen. (Observera att ev. avvikelse rapport från patientnämnden inte ska användas). Det är lämpligt att i avvikelserna ange att händelseanalys är initierad.
- Skriftligt uppdrag till analysledare ges i regel av verksamhetschef. Se mall [”Uppdrag att genomföra händelseanalys”](#)
- Uppdragsgivaren kan lämna förslag på teammedlemmar och sakkunniga.

### Stöd till medarbetare

Verksamhetschef ansvarar för att inblandad personal vid behov får stöd från arbetsgivaren, se rutin [”Medarbetarstöd vårdskador”](#).



### Lathund för genomförande av händelseanalys:

**Steg 1:** Verksamhetschef på berörd klinik skriver uppdrag till den som valts som analysledare. Analysledare kallar till första uppstartsmöte. 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. Beslut om vilka som ska intervjuas. Patient/anhöriga ska alltid intervjuas om inte speciella omständigheter föreligger. Boka in datum för teamet att träffas för statusuppdatering och sammanställning. Boka även tid för återföring. **OBS! Ansvarig VO-chef och regional chefläkare ska också kallas till återföringen.**

Analysledare eller dokumentationsansvarig tar kontakt med berörda chefer och ber dem informera personalen som ska intervjuas. Ansvarig chef ska delge information till berörda medarbetare.

Faktainsamling påbörjas liksom intervjuer (efter klartecken från berörda chefer). Räkna med 1–2 timmar för patienter och 0,5–1 timme för medarbetare.

**Steg 2:** Teamet träffas för att sammanställa händelseförloppet som sedan ska läggas in i grafverktyget i Nitha. Händelseförloppet beskriver kortfattat, utan värdering och i kronologisk ordning, vad som hände. Händelsekedjan beskrivs med ett antal så kallade delhändelser ihop med en tidsaxel som kan vara allt ifrån några timmar till månader. Undvik att ange datum utan använd i stället dag 1, dag 2, år 1 eller år 2, välj årstid istället för månadsnamn etc.

För att spara tid kan analysledaren ta fram ett första utkast till händelseförlopp, vilket sedan diskuteras och revideras i analysteamet.

**Steg 3:** Nästa steg är att identifiera felhändelser.

Definition av felhändelse: Något som först i efterhand kan konstateras gick fel i en delhändelse. Felhändelserna ska formuleras så att de kan analyseras vidare. Det ska vara möjligt att ställa frågan ”Varför?” till felhändelsen. Vissa delhändelser har inte någon felhändelse men behövs ändå tas med i händelsekedjan för att tydliggöra sammanhanget.

Steg 4: Orsaker till felhändelserna i händelsekedjan ska identifieras och analyseras. Även bakomliggande orsaker ska identifieras. 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?”

Begrepp som ”bristande rutiner” bör undvikas, beskriv i stället på vilket sätt rutinerna brast (”Varför?” en gång till). Varje felhändelse kan ha en eller flera bakomliggande orsaker. 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.

Tänk på formulering! Skriv t.ex. 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. Det viktiga är att identifiera vilken faktor i systemet som ökar risken att begå misstag.

Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning. 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, **detta görs vid återföringstillfället.**

Steg 6: Skriv slutrapport. En preliminär rapport skrivs inför återföringen av händelsen. Resultatet av utredningen och föreslagna åtgärder diskuteras. Rapporten korrigeras vid behov med det som framkommit under återföringen och skickas sedan till uppdragsgivaren/ beslutsfattarna.

Steg 7: Besluta om åtgärder. Det är uppdragsgivaren/ beslutsfattarna i berörda verksamheter som prioriterar och beslutar vilka föreslagna åtgärder som ska genomföras, vem som ansvarar för genomförande och när de ska vara genomförda. Om åtgärdsförslag inte ska genomföras ska motivering till detta beslut tydligt framgå.

Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder. Handlingsplan/åtgärdsplan fylls i av uppdragsgivaren/ beslutsfattarna i berörda verksamheter (specifik mall finns).

### **Tidsåtgång:**

Att göra en Händelseanalys kan ta mellan 10 och 30 arbetstimmar för den enskilde, beroende på vilken roll man har i teamet och hur många personer som behöver intervjuas.

**Om du blir utsedd eller väljer att delta i en händelseanalys som analysteammedlem eller sakkunnig bör du kunna avsätta minst 10 timmar till analysarbetet, inom en tidsperiod på ca 4 veckor.**