

Hur görs en analys?

Introduktion till metoden Händelseanalys



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Övergripande (varför?)

Vad hände?

Introduktion utredning av
vårdskada

Metod (hur?)

Hur görs en analys?
Metoden Händelseanalys

Vad är
uppdragsgivarens
ansvar?

Fokus på delar i analys som
berör uppdragsgivare

Vad gör IVO vid Lex
Maria?

IVO:s perspektiv

Hur vet vi att det blev
bättre?

Uppföljning och utvärdering

Fördjupande (att tänka på)

NITHA

Psykiatrisk vård

Kommunalt
perspektiv

Tandvård



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Materialiet är framtaget av

- Urban Nylén, Socialstyrelsen
- Anna Lundin, Region Stockholm
- Pär Lindgren, Region Kronoberg, NSG
- Marita (Mita) Danielsson, Löf
- Hans Rutberg, Läkaresällskapet



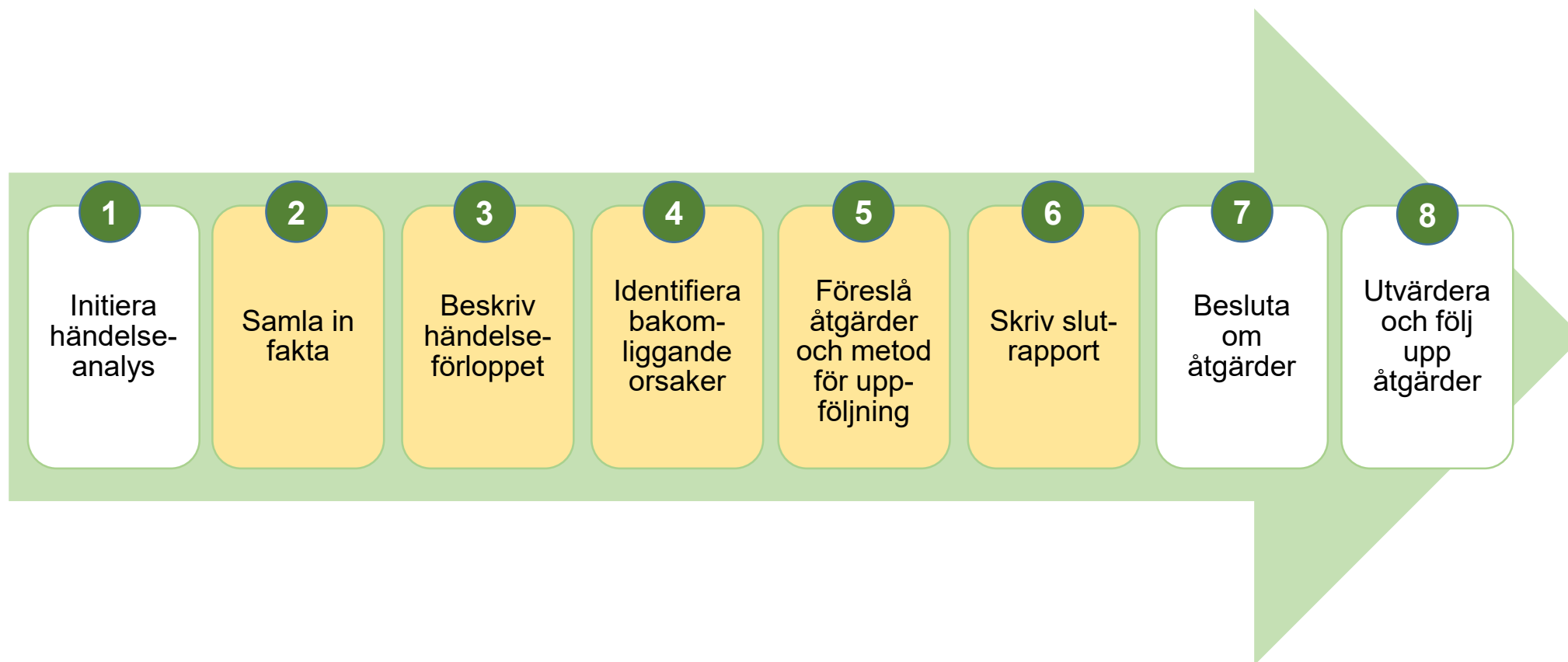
Tre viktiga frågor

- VAD har hänt?
- VARFÖR har det hänt?
- HUR FÖRHINDRAS en upprepning av händelsen?

ALDRIG vem eller vilka som gjorde det



Stegen i analysen



Ansvar

Uppdragsgivare (steg 1, 7 och 8)

- Ger uppdrag och tid
- Informerar
- Ger stöd

Analysledare (steg 2-6)

- Utser analysteam
- Driver analysen
- Återrapporterar till uppdragsgivare



Roller i händelseanalysen

Uppdragsgivare

Analysteam

Analysledare

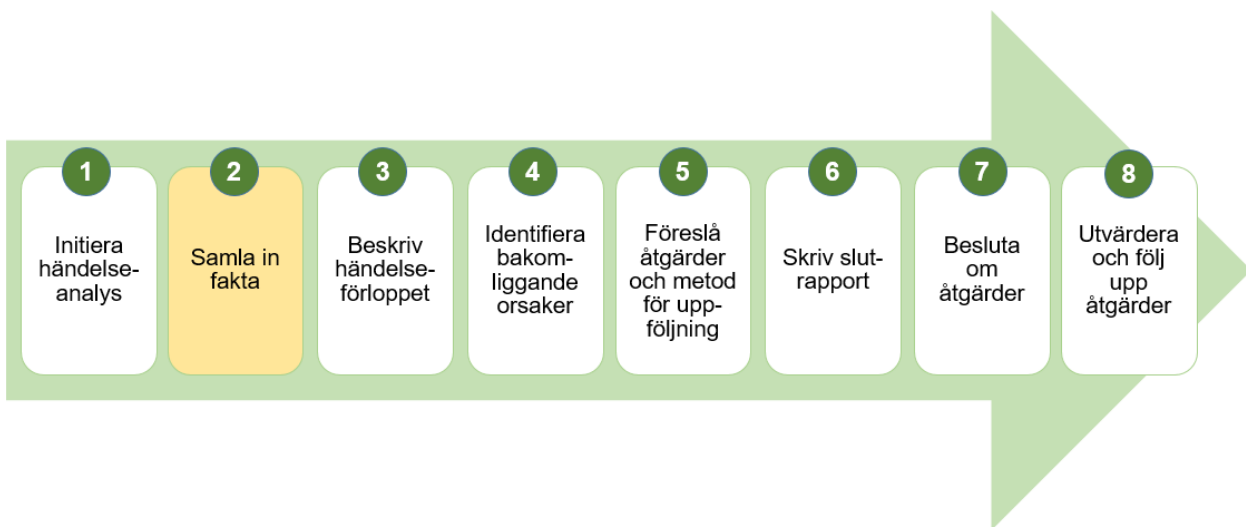
Analysmedlemmar

Sakkunnig



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Steg 2: Samla in fakta



- Journalhandlingar
- Relevant information (FASS, riktlinjer etc.)
- Yttrande sakkunnig

Intervjua

- Involverad personal - så snart som möjligt
- Patient/anhörig



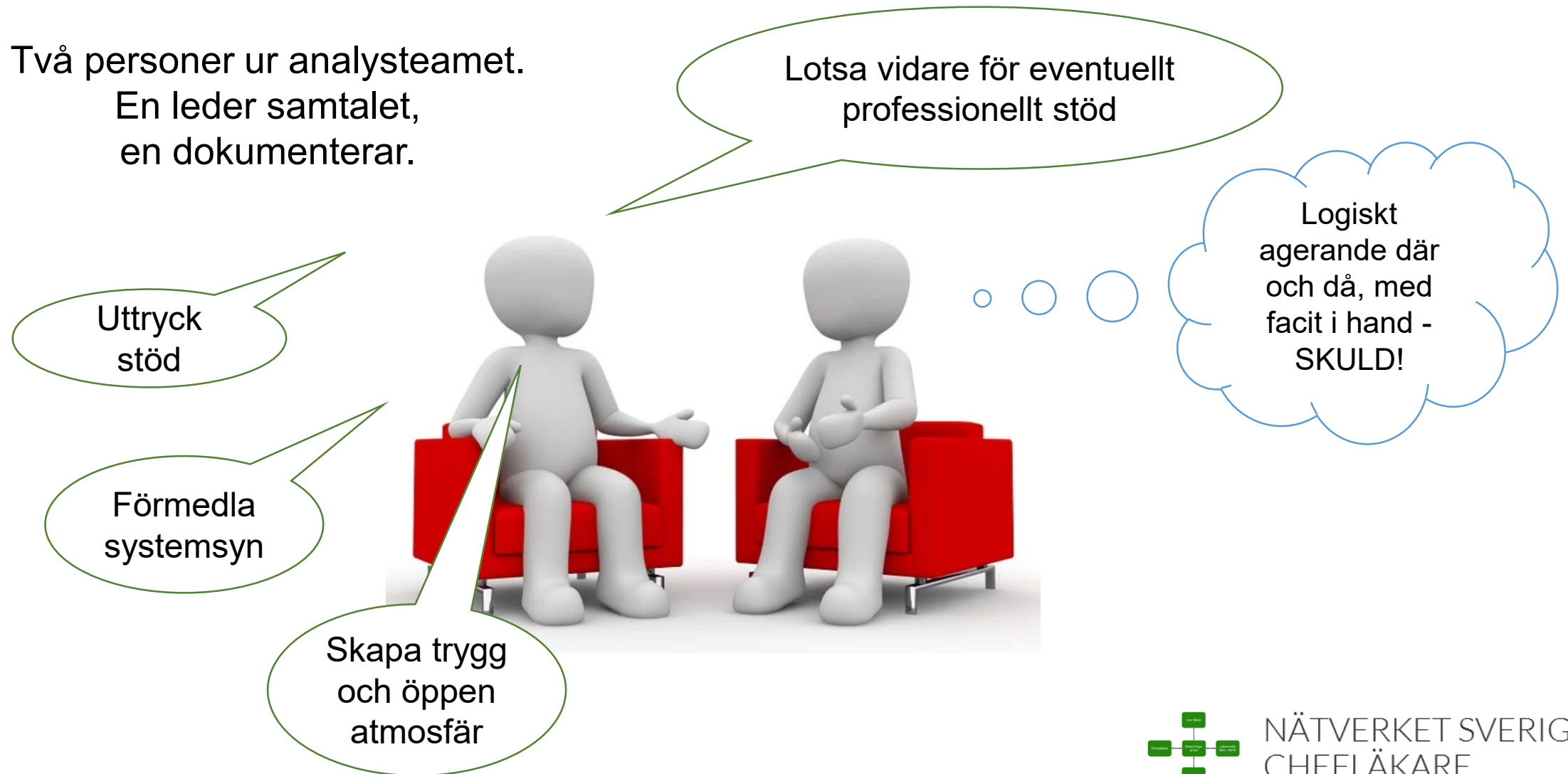
Liknande händelser

- Analysledaren ska söka efter tidigare händelser av liknande natur.
- Syftet är att om möjligt tydligare få fram de orsaker som ligger bakom.
- Sökningen sker i exempelvis i avvikelsehanteringssystemet, NITHA kunskapsbank, tidigare utredningar och händelser.



Intervju medarbetare

Två personer ur analysteamet.
En leder samtalet,
en dokumenterar.



Intervju patient och närstående

En analys är inte fullständig utan patientens berättelse

Lyssna



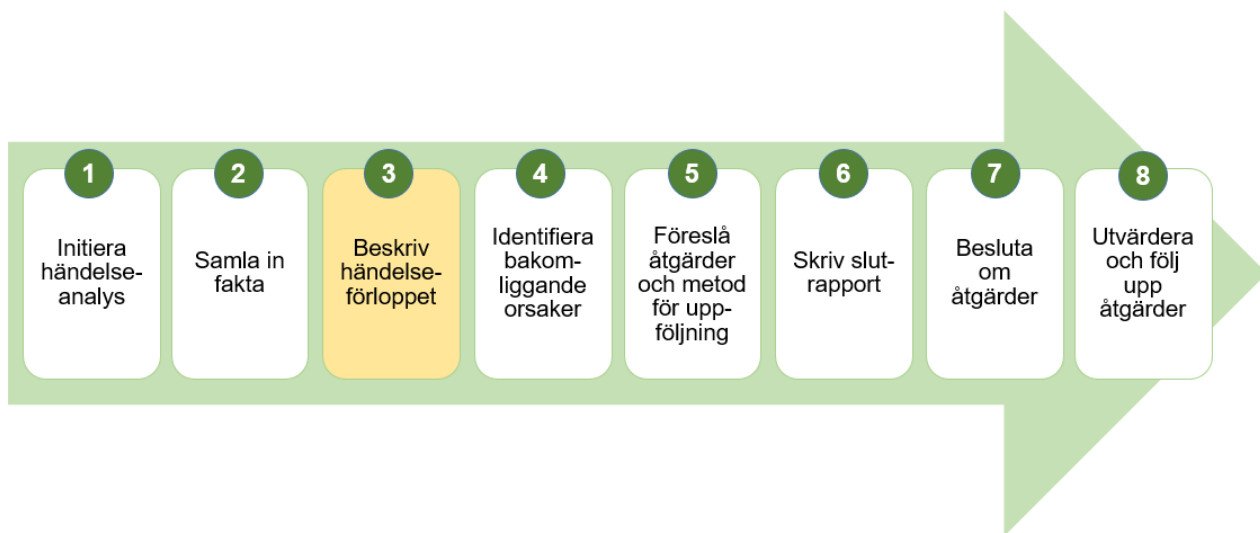
Bortförklara
inte

Beklaga



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE

Steg 3: Händelseförlopp



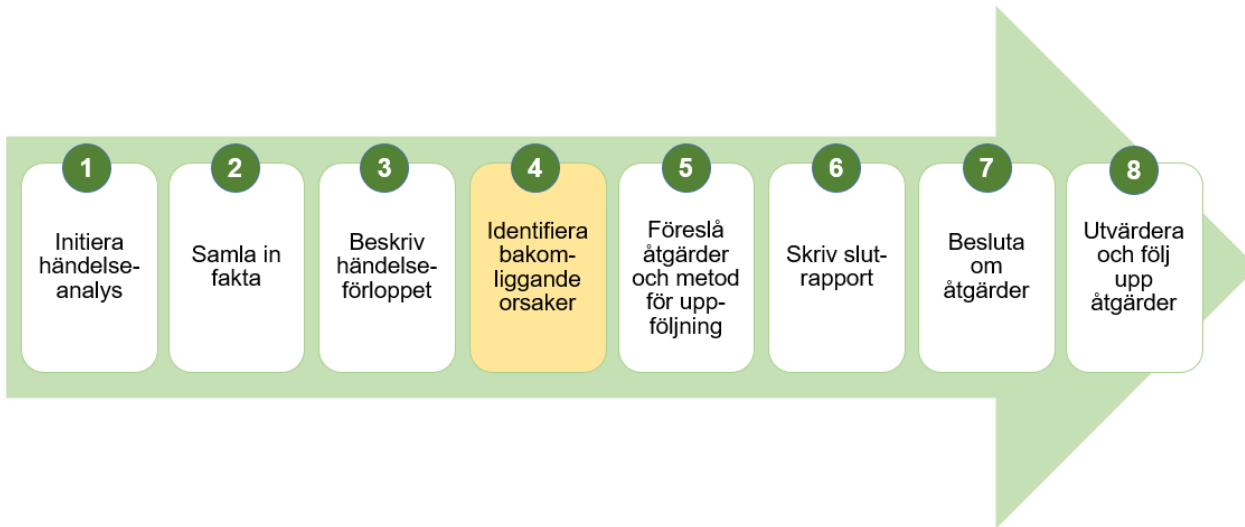
Med del- och felhändelser:

DELHÄNDELSE:
Vad hände?

FELHÄNDELSE:
Beskrivning av något som man först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse:
”med facit i hand, vad gick fel här?”



Steg 4: Bakomliggande orsaker



- För varje felhändelse ställs frågan **VARFÖR**
- Frågan besvaras med ett **DÄRFÖR**

Bakomliggande orsaker

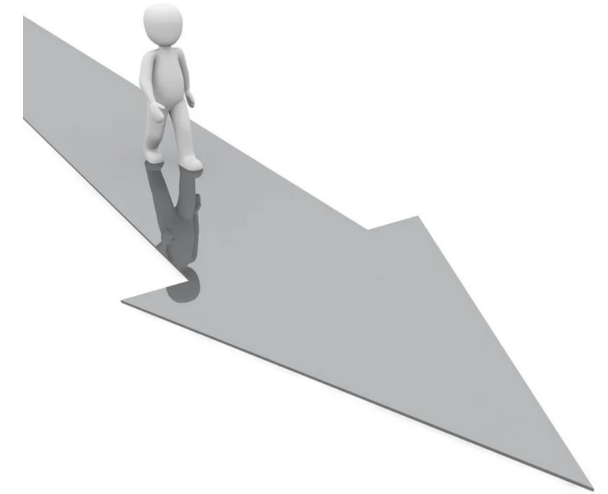
Orsak - verkan – samband

Varför - Därför

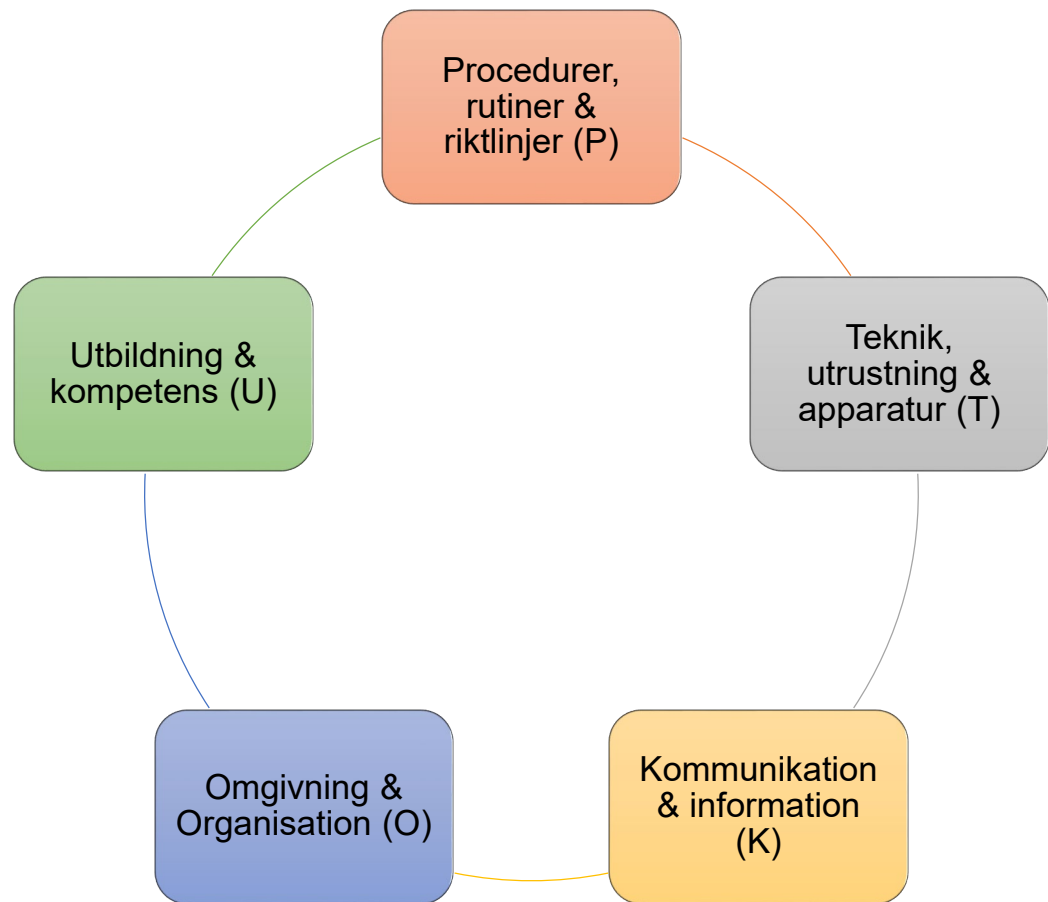
- Gå både nedåt och uppåt!
 - Från felhändelse till bakomliggande orsak
 - Från bakomliggande orsak till felhändelse

Fråga er:

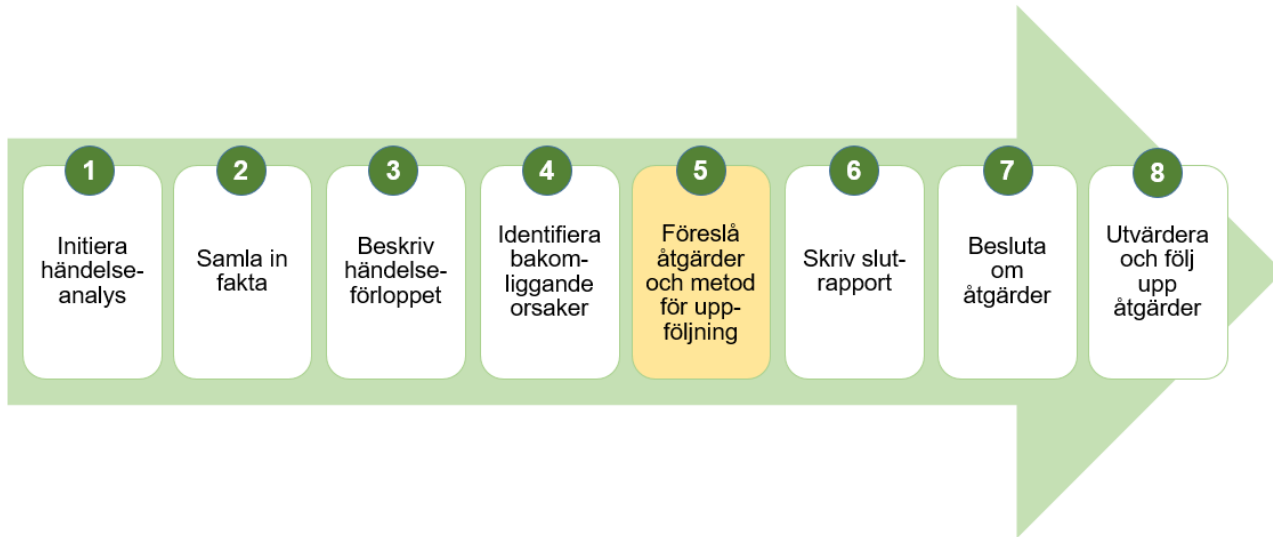
- Kan denna orsak leda till föregående orsak?



Fem möjliga orsaksområden



Steg 5: Åtgärder och uppföljning



Åtgärdsförslag kan vara

- Omedelbara
- Kortsiktiga
- Långsiktiga

- Mycket effektiva
- Effektiva
- Begränsat effektiva



Åtgärder

Mycket effektiva:

- Standardisering av utrustning eller process
- Exempel: Standardisering av de läkemedelspumpar som används inom hela sjukhuset.

Effektiva:

- Checklistor
- Exempel: Användande av checklistor vid operationer och andra ingrepp.

Mindre effektiva

- Nytt förfarande / PM / riktlinje
- Exempel: Kom ihåg att kontrollera intravenösa instickställen.

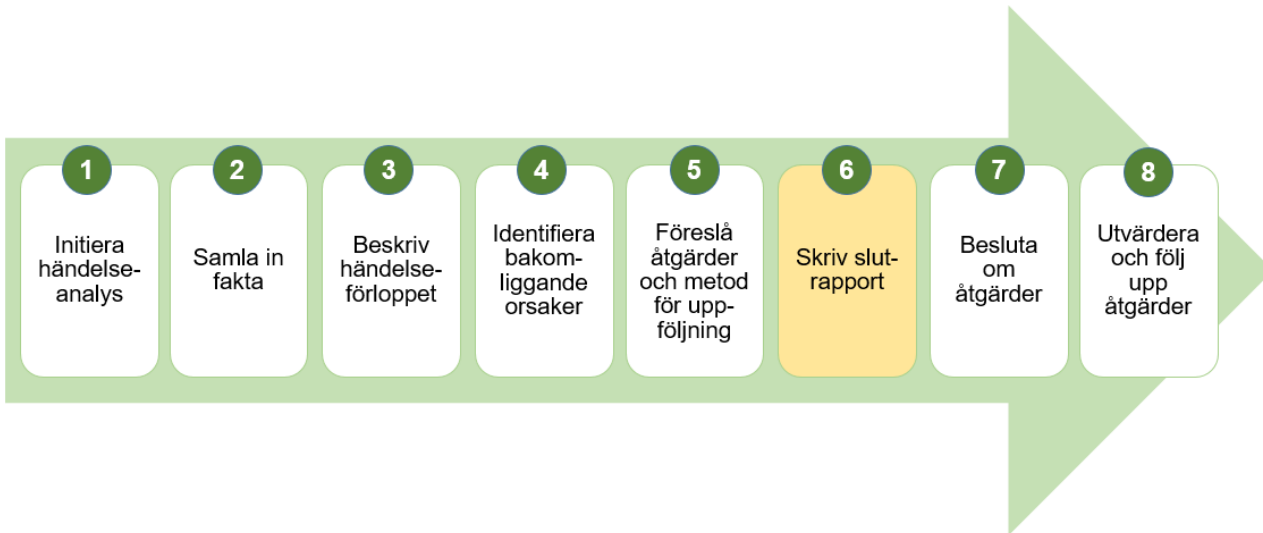


Åtgärdsförslagen kan kontrolleras genom att fråga:

- Till vilken nivå i organisationen riktar sig åtgärden (makro/meso/mikro)?
- Konkret och realistisk?
- Riktar den sig mot de bakomliggande orsakerna?
- Nya risker?
- Möjlig uppföljning och utvärdering?



Steg 6: Slutrapport



- Rapportmall finns med rubriker
- Analysledarens ansvar



När kan/ska en utredning avbrytas

- När det tydligt enbart finns ett individansvar.

Tänk på att en person som KAN utgöra en fara för patientsäkerheten snarast skall anmälas till IVO (3 kap. 7 § pSL).

- När det tydligt inte föreligger vårdskada eller risk för vårdskada.
- Efter samråd med uppdragsgivare.



Sammanfattning



Vid frågor kontakta: skadeforebyggande@lof.se



NÄTVERKET SVERIGES
CHEFLÄKARE