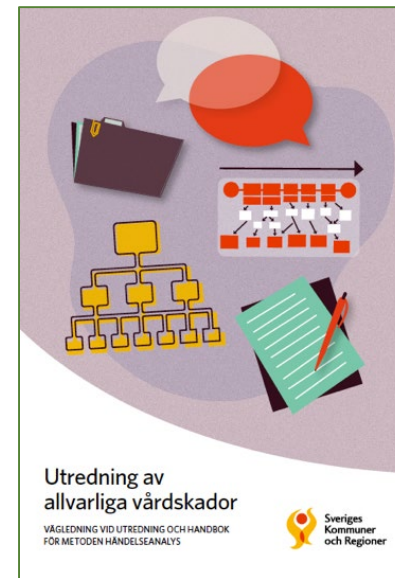


# Hur vet vi att det blev bättre?

## Uppföljning och utvärdering



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



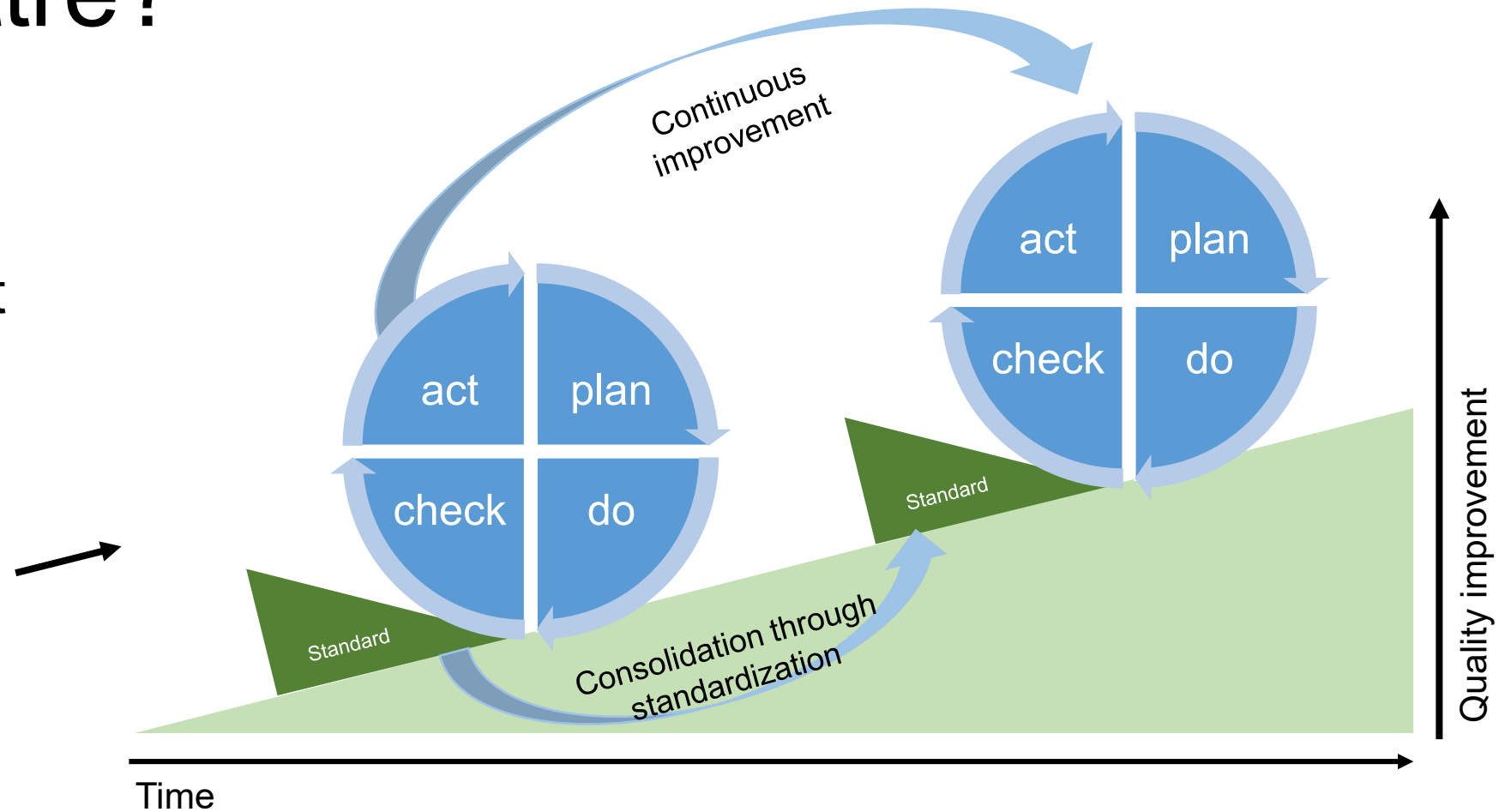
# Materialiet är framtaget av:

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



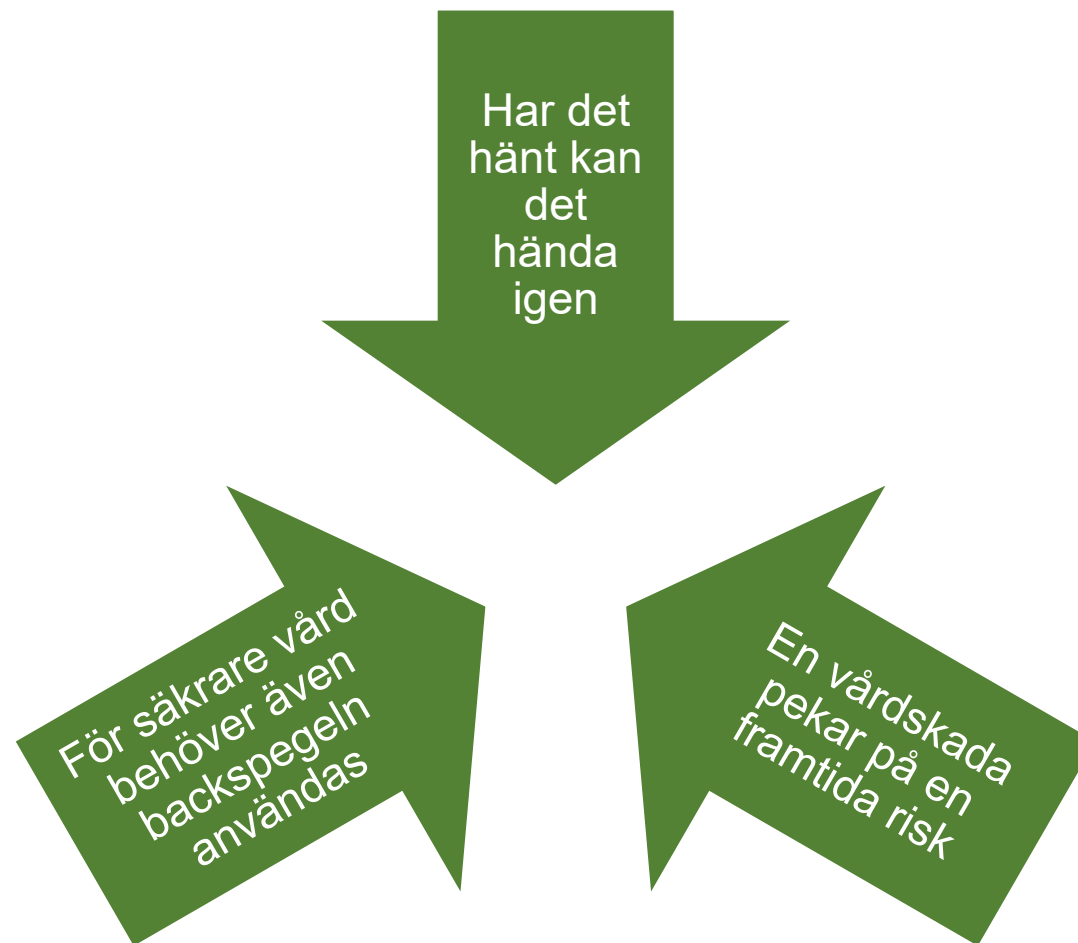
# Hur vet vi att åtgärder faktiskt leder till att det blir bättre?

- Åtgärder behöver alltid och kontinuerligt följas upp och utvärderas...
- Se exempel på förbättringshjul



# Att minska risken för vårdskador

- Varför titta bakåt när det som hänt inte går att få ogjort?



# Är de bakomliggande orsakerna tydliga i utredningen?



Är utredningen  
välgjord?

Finns både de  
närliggande och de  
övergripande  
orsakerna med?

Är de bakomliggande  
orsakerna på  
systemnivå?  
Utgår de från en  
felhändelse?



# Kommer åtgärdsförslagen göra nytta?

Är de realistiska och genomarbetade?



Är de prioriterade?

Är de riskbedömda?

Är de genomförbara?

Går de att följa upp och utvärdera?



# Missförstånd om förändringsarbete

Effektiva  
metoder sprider  
sig själva

Information  
räcker för att  
åstadkomma  
förändring

Utbildning leder  
till användning

Förändring sker  
snabbt

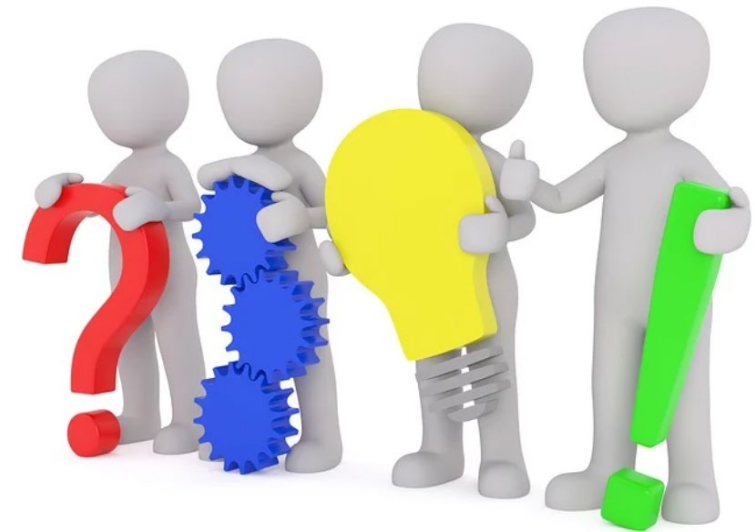
Det räcker att  
man tror på det  
man gör för att  
det ska bli bra





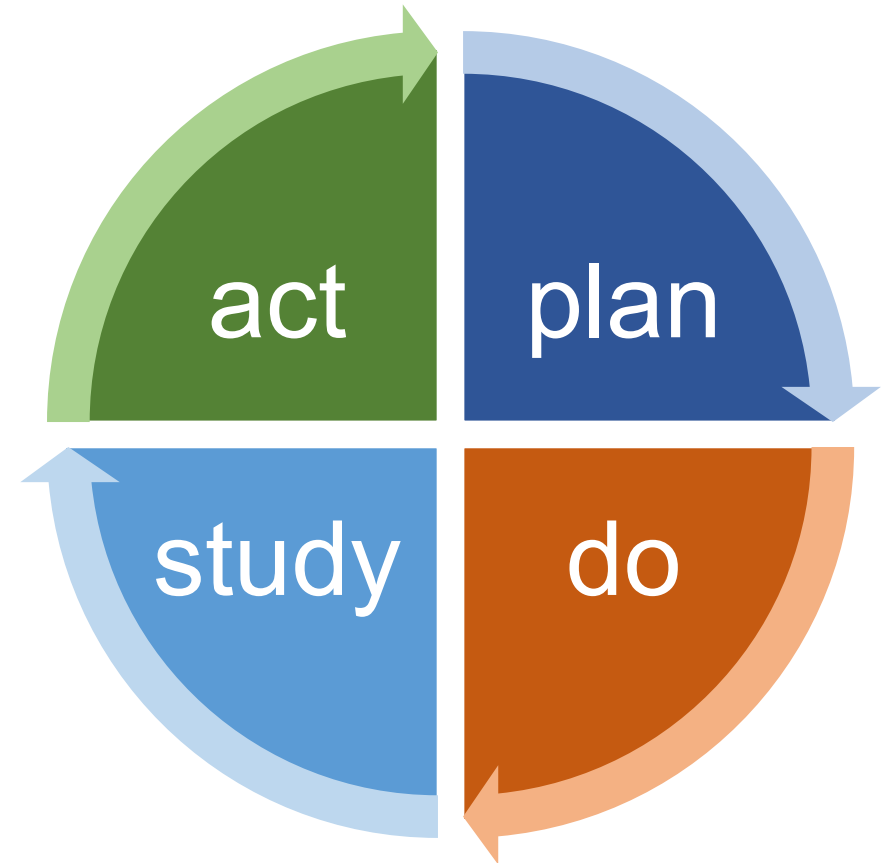
# Finns förutsättningar för att något ska hända?

- Finns tydligt mål?
- Finns kompetens i förbättringsarbete?
- Finns motivation (att arbetet känns relevant och prioriterat hos både medarbetare och ledning)?
- Finns resurser (personer med avsatt tid, eventuella ekonomiska förutsättningar)?
- Finns plan för genomförande och uppföljning?
- Är det tydligt vilken funktion som är ansvarig?



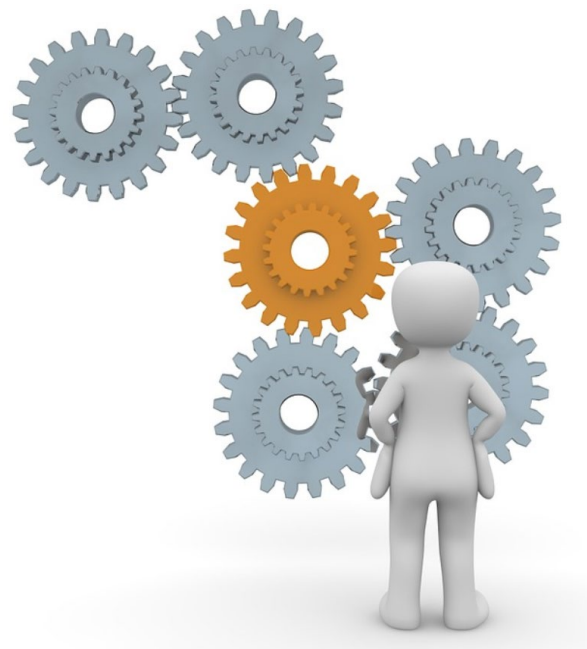
# Ett kontinuerligt arbete

- Uppföljning och utvärdering ska visa att identifierade risker har undanröjts eller begränsats.
- Resultatet av utvärderingen ska ligga till grund för nästa steg av arbetet med aktiva åtgärder.
- Uppföljning och utvärdering bör upprepas i verksamheten för att succesivt och stegvis skapa hållbara förbättringar.



# Vad har åtgärderna lett till?

- Är alla beslutade åtgärder genomförda?
- Fick åtgärderna avsedd effekt?
- Behövs andra eller fler åtgärder?



# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

*SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*



# Vad krävs?

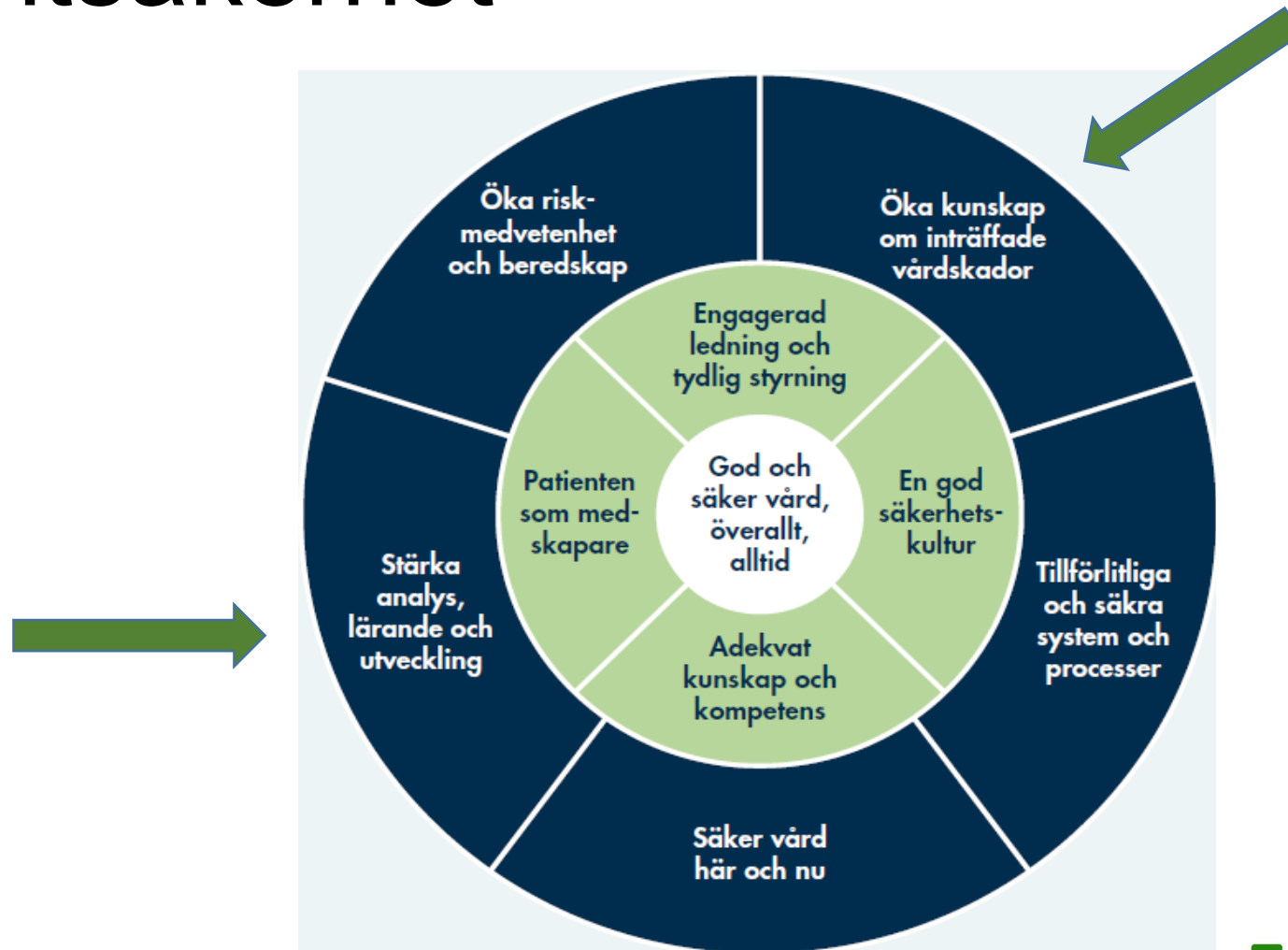
- Förbättringskunskap och kompetens i förändringsledning och riskhantering
- Riskmedvetenhet
- Kunskap om vårdskador – omfattning, typer, effektiva insatser
- Metoder och verktyg
- En god och lärande säkerhetskultur



# Hur fånga och öka intresset?

- Vad motiverar och driver medarbetare i vård och omsorg i arbetet?
- Vad får de ut av förbättringsarbetet?
- På vilket sätt berörs de?
  
- Visa entusiasm och visa varför du är övertygad om lösningen.
- Skapa forum för delaktighet och diskussion!
- Bjud in till medverkande vid genomförande och tester i liten skala
- Återkoppla alltid!

# Nationell handlingsplan för patientsäkerhet

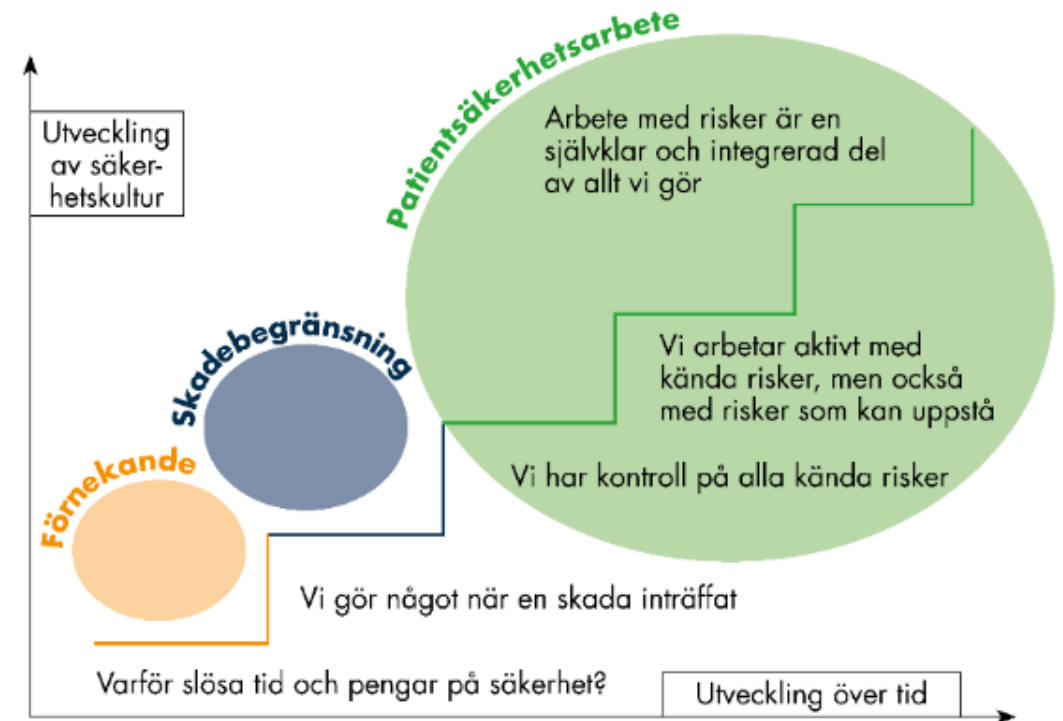


# Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en säker vård

**Svensk hälso- och sjukvård har goda medicinska resultat** men fortfarande drabbas många patienter av **skador som hade kunnat undvikas**.

Vi behöver flytta fokus

- från det som redan har hänt till att **utveckla** och **stärka** det **förebyggande** arbetet



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.



NÄTVERKET SVERIGES  
CHEFLÄKARE