

Utredning av risker

Handbok för metoden riskanalys

LÖF



Utredning av risker

Handbok för metoden riskanalys

Förord

Den första versionen av handboken i Risk- och händelseanalys gavs ut år 2005 och reviderades 2009 samt 2015. År 2022 delades handboken upp i 2 delar, en för Händelseanalys och en för Riskanalys. Då SKR under hösten 2023 avslutat sitt patientsäkerhetsarbete, har Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) tagit över ansvaret för förvaltning och utveckling av innehållet.

Metoden för riskanalys är ursprungligen inspirerad av metoden Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) men den har bearbetats och anpassats till svenska förhållanden. Vid revidering 2022 utvecklades metodbeskrivningen ytterligare utifrån svenska erfarenheter. Resultatet är två alternativa arbetssätt i några av stegen, detta för att bättre passa till olika typer av riskanalyser.

Handboken riktar sig till beslutsfattare och personal inom hälso- och sjukvård i regioner och kommuner, samt till privata vårdgivare och tandvård. Checklistor och mallar för stöd i det praktiska arbetet finns tillsammans med handboken på <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt>. För fördjupning inom området patientsäkerhet hänvisas till Socialstyrelsens *Samlad stöd för patientsäkerhet* och för fördjupning om risk och riskhantering finns mer information hos Löf på <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/risk-och-riskhantering>.

Projektledare för arbetet har varit Anna Lundin, Region Stockholm och i projektgruppen har Urban Nylén, Socialstyrelsen, deltagit.

Inför nu aktuell utgivning har texten redigerats av Pelle Gustafson och Mita Danielsson, Löf.

Innehåll

Kapitel 1 – inledning	3
Riskmedvetenhet och systematik	3
Syftet med att göra en riskanalys	3
Ledningens ansvar	4
Kapitel 2 – roller och ansvar vid riskanalys	6
Roller vid riskanalys	6
Riskanalys i en förändringsprocess	7
Engagera patienter och närstående	8
Riskanalys med patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv	8
Beslut att fatta vid riskanalys	8
Kapitel 3 – riskanalys metodbeskrivning	9
Steg 1: Initiera analys	10
Steg 2: Beskriv analysområde	11
Steg 3: Identifiera och bedöm risker	17
Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker	26
Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning	29
Steg 6: Skriv slutrapport	34
Steg 7: Besluta om åtgärder	35
Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder	36

Kapitel 1 – inledning

Detta material beskriver hur man kan gå till väga för att genomföra en riskanalys. Materialet ger stöd och vägledning steg för steg. Handboken inleds med ett avsnitt med bakgrund till varför uppmärksamhet på risker, riskanalys, riskhantering och förebyggande arbete är till avgörande nytta för en säker vård.

Handboken vänder sig till analysledare och deltagare i analysteam, men också till chefer och ledare med ansvar för att riskanalyser görs och för att resultaten tas omhand så att framåtsyftande och förebyggande insatser kan göras och risken för vårdskador minska.

Riskmedvetenhet och systematik

Patientsäkerhet betyder skydd mot vårdskada, vilket innebär att undvikbara skador ska förhindras. För att nå ett framgångsrikt resultat är det nödvändigt att arbeta riskmedvetet och förebyggande med målet att vårdskador aldrig ska inträffa. Analys av inträffade händelser ger ytterligare kunskap om risker och ger också underlag till förebyggande arbete för att minska risken för vårdskador och för att öka närvaron av säkerhet. Två centrala perspektiv är frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

All verksamhet i hälso- och sjukvård är förknippad med risker. Detta är i sig alltid negativt i och med att patienter kan komma till skada. Risker kan aldrig helt undvikas, men genom riskidentifiering och förebyggande åtgärder kan risker minskas och patientsäkerheten stärkas.

Det är ofta i den patientnära verksamheten som risker blir synliga och det är därför ofta ur det perspektivet som riskanalyser genomförs och därmed också dit det förebyggande arbetet inriktas. Faktorer som inte alltid är vårdnära, och som traditionellt inte förknippas med patientsäkerhet, har emellertid också stor inverkan på risker. Exempel på sådana områden är resursfördelning, arbetsmiljö, ekonomistyrning, kompetensförsörjning, kompetensutveckling, utformning av tekniska system, organisationsstruktur och principer för schemaläggning och bemanning. I arbetet med riskanalys och hantering av risker behöver därför också ett övergripande systemperspektiv finnas med i analyser om det ska gå att utforma effektiva förebyggande riskreducerande åtgärder.

En riskanalys utgör en del av riskhanteringsprocessen. Ett samlat arbete med att identifiera, värdera, hantera, utvärdera förebyggande åtgärder samt att följa upp risker i en verksamhet måste också ingå. Riskanalys och riskhantering ska finnas som naturliga delar i ett kvalitetsledningssystem.

Syftet med att göra en riskanalys

Syftet med riskanalyser är att identifiera risker och bakomliggande, bidragande orsaker till risker och att utforma åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud. En riskanalys kan göras för att identifiera risker i en befintlig

verksamhet eller inför en förändring av verksamheten. Det är oftast bättre att genomföra en riskanalys än flera händelseutredningar/händelseanalyser om en viss typ av risker eller negativa händelser ofta återkommer. Risker kan finnas i patientnära verksamhet, men också i vårdens olika stödsystem och funktioner där negativa händelser kan återverka på säkerheten i vård.

En riskanalys görs ofta som ett avgränsat uppdrag, men medvetenhet om risker är något som bör finnas hela tiden. Alla behöver hjälpas åt att uppmärksamma sådant som kan påverka patientsäkerheten och där en mer systematisk riskanalys ska övervägas.

En riskanalys med ett stort analysteam är svårare och mer tidskrävande att utföra, men den kan samtidigt underlätta samverkan över verksamhetsgränser och bidra till att mer genomgripande och generella åtgärder identifieras. Att göra en mindre riskanalys, med ett mindre analysteam, är enklare och kan ibland vara tillräckligt för att identifiera konkreta verksamhetsnära åtgärder.

Ledningens ansvar

Ledningen för en verksamhet sätter mål och agenda för det systematiska arbetet med patientsäkerhetsfrågor och är tongivande när det gäller säkerhetskultur. En engagerad ledning är en grundläggande förutsättning för framgångsrikt arbete med patientsäkerhet.

Genom uppmärksamhet och systematisk analys av risker kan en mer robust verksamhet byggas med ökade förutsättningar för att patienter får en säker vård. Det är ledningen som har ansvar för att analysledare och analysteam får ett tydligt uppdrag och för att resultat från riskanalyser omhändertas, återkopplas i verksamheten, diskuteras och används i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för utformning av åtgärder som stärker lärande och patientsäkerhet. Ledningen ansvarar också för att kompetens, kapacitet och organisation finns och är ändamålsenlig för arbetet med riskanalyser. Ledningen har också ansvar för att uppföljning och utvärdering görs.

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är nödvändigt för att skapa en god vård och förhindra att patienter drabbas av vårdskador. Ett kvalitetsledningssystem ska finnas och användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ytterligare beskrivning av vad som gäller finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Det är först i och med att genomtänkta åtgärder verkligen har genomförts som risken för vårdskada kan minska. Det som avgör hur stor sannolikheten är för att en risk ska falla ut och i praktiken leda till en vårdskada, är hur effektiva förebyggande åtgärder är och om de blivit genomförda. Den risk som finns kvar i verksamheten efter att riskreducerande åtgärder har genomförts, dvs. den risk som patienten sedan utsätts för, kallas ibland för nettorisk. Om uppföljning av identifierade, värderade och hanterade risker inte sker, vet verksamheten för lite om huruvida arbetet lett till att nettoriskerna för vårdskada är lägre eller inte.

Aktuella termer och begrepp

Risk – möjlighet att en negativ händelse ska inträffa

Riskanalys – systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

Riskhantering – att rapportera, analysera och dokumentera risker, vidta adekvata åtgärder samt sammanställa och återföra resultaten

Referens Socialstyrelsens termbank

Metodbeskrivningen i handboken inkluderar utöver systematisk identifiering och bedömning av risker även moment för att identifiera åtgärdsförslag och kriterier för uppföljning av åtgärder.

Kapitel 2 – roller och ansvar vid riskanalys

Det är viktigt att arbeta metodiskt och att göra de olika momenten i en ändamålsenlig ordning. Om analysgruppen börjar diskutera lösningar innan riskerna är inventerade, är det lätt hänt att några av riskerna aldrig upptäcks och blir hanterade.

Roller vid riskanalys

Uppdragsgivare

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

Till skillnad mot vid en händelseanalys finns det ibland fördelar om uppdragsgivare medverkar i riskanalysarbetet, eftersom fler fakta kan komma upp för riskbedömning, men det ställer då krav på en fortsatt öppen dialog så att alla identifierade risker bedöms likvärdigt.

Analysledare

Analysledaren ska ha goda kunskaper om metoden riskanalys, 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.

Verksamhetskunnig

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

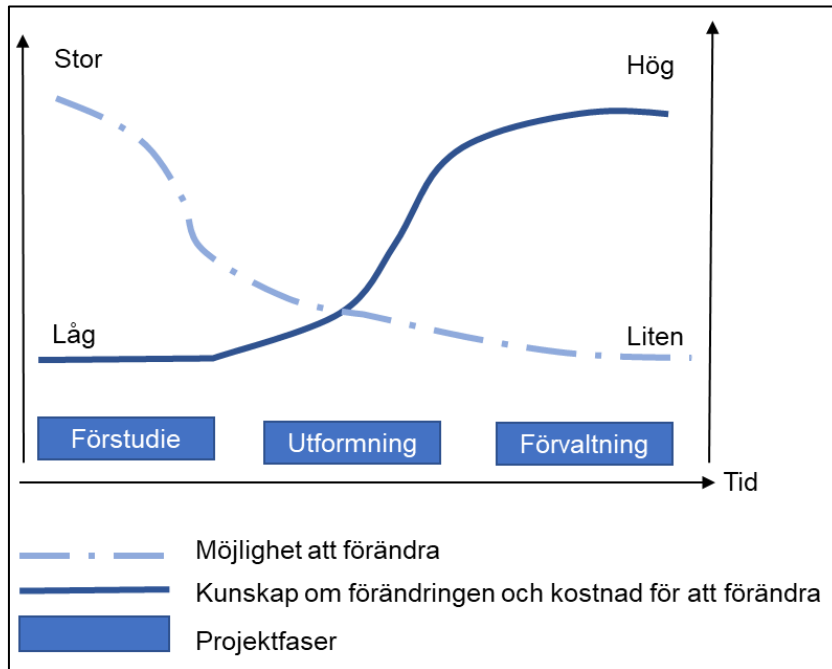
Dokumentationsansvarig

En av medlemmarna i analysgruppen behöver ansvara för dokumentationen under analysarbetet. Det är inte ovanligt att en och samma person kan ha flera olika roller vid en riskanalys. En analysledare kan till exempel också vara dokumentationsansvarig.

Uppdragsgivarens ansvar vid riskanalys

Det är uppdragsgivarens ansvar att initiera riskanalysen och att utforma uppdraget. Optimalt bör en riskanalys startas i samband med att en process planeras och sedan finnas med under processens hela livscykel. En riskanalys kan göras i en befintlig verksamhet eller inför en förändring.

Risakanalys i en förändringsprocess



Figur 1. Riskanalys i en förändringsprocess Källa: Modifierad från E. Hollnagel.

Det skriftliga uppdraget som uppdragsgivaren lämnar till analysledaren bör innehålla information om:

- syfte och bakgrund till riskanalysen och hur resultatet ska användas
- vilka områden, processer och perspektiv som analysen ska omfatta
- avgränsningar av analysens omfattning, precisering av delar och aspekter som inte ska analyseras
- om analysen avser en befintlig process/verksamhet eller en förändring
- vilka enheter, verksamheter eller organisationer analysen omfattar
- vilka kompetenser, yrkesgrupper eller personer som ska medverka och att resurser avsätts för det
- hur patienter och närståendes perspektiv ska tas med i analysen och hur och av vem de kontaktas
- tidplan och datum för återföring av resultatet.

Tänk på att även om uppdraget är genomtänkt och tydligt formulerat finns det stora fördelar om uppdragsgivare för en dialog med analysledare före och under analysen, detta så att motfrågor kan diskuteras. En mall för uppdragsbeskrivning finns i materialet om Riskanalys.

Engagera patienter och närstående i analysarbetet

Det är viktigt att erfarenheter från patienter och närstående utnyttjas i analysen. Det kan öppna nya perspektiv på såväl risker som på lösningar. När analysen handlar om risker i patientnära verksamhet finns alltid ett patientperspektiv att ta del av. När analysen till exempel handlar om tekniska försörjningsfunktioner eller materialförsörjning i en organisation är det kanske inte alltid lika stor nytta med att efterfråga patienters perspektiv.

Risikanalys med patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv

Ofta finns det stora fördelar att göra en kombinerad risikanalys för patientsäkerhet och arbetsmiljö eftersom riskerna påverkar både patienter och personal. En kombinerad analys blir något mer omfattande och kan ge upphov till ett behov av att bedömningskriterierna kompletteras.

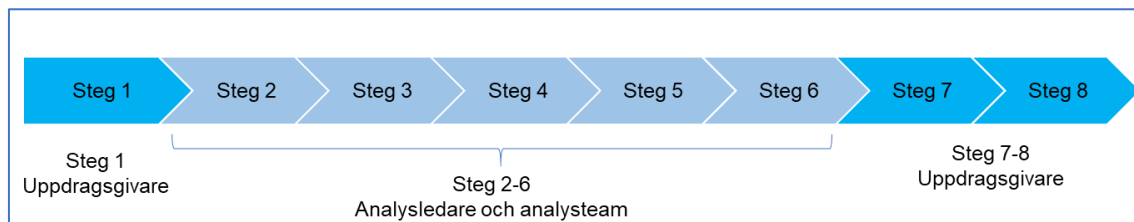
Beslut att fatta vid risikanalys

Uppdragsgivare har en viktig uppgift i att ansvara för att ta ställning till analysteamets åtgärdsförslag. Granskningen av dessa ska leda fram till prioritering och beslut om vilka av de föreslagna åtgärderna som ska genomföras och inom vilken tidsram de ska vara genomförda. Motiveringar och kommentarer införes med fördel under eget avsnitt i slutrapporten. Därutöver är uppdragsgivaren ansvarig för beslut om hur resultatet av risikanalysen ska spridas. Spridning bör ske i lärande syfte.

Uppdragsgivare är även ansvarig för att uppföljning och utvärdering av de åtgärder som beslutats sker. Annan person kan utses att genomföra uppföljning och utvärdering men det är väsentligt att tidsramar är beslutade redan från början. Uppföljning bör vanligen ske inom 6 – 8 månader.

Kapitel 3 – Riskanalys metodbeskrivning

Steg i en riskanalys



Figur 2. En riskanalys kan delas in i 8 steg.

Steg 1: Initiera analys

Steg 2: Beskriv analysområde

Steg 3: Identifiera och bedöm risker

Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker

Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

Steg 6: Skriv slutrapport

Steg 7: Besluta om åtgärder

Steg 8: Utvärdera och följ upp åtgärder

För några av stegen i analysarbetet finns olika alternativ till hur man kan gå till väga; alternativ A och alternativ B. Analysledaren bör läsa igenom hela metodbeskrivningen och sedan fundera noga på vilket vägval för steg 2 och 3 i analysarbetet som passar bäst för analysen. Råd och tips som kan vara till hjälp vid valet av alternativ kommer vid varje steg i beskrivningen.

Steg 1: Initiera analys



Behovet av en riskanalys kan uppmärksammas på olika håll i organisationen, men för att uppdraget ska bli tydligt och för att resurser och andra förutsättningar ska finnas för genomförande av en analys krävs en uppdragsgivare.

Uppdragsgivare ska ge ett tydligt och skriftligt uppdrag samt se till att arbetstid och resurser avsätts och att beredskap finns för att ta hand om resultatet och besluta om åtgärder. I de fall åtgärdsförslagen ligger utanför uppdragsgivarens beslutsmandat ansvarar denne för att vidareförmedla dessa till den nivå där beslut kan fattas. Först när de åtgärderna genomförts kan en riskanalys bidra till att risker minskar och säkerheten förbättras.

Analysledaren tar emot uppdraget och sätter sig in i ärendet genom att gå igenom uppdragsbeskrivningen och samla in de fakta som krävs för att förstå och bedöma uppdraget. Det är värdefullt om analysledaren och uppdragsgivaren har dialog om vad uppdraget innebär och hur analysresultatet senare ska omsättas i konkreta åtgärder. Se kapitel 2 om vad uppdragsbeskrivningen bör innehålla.

När en riskanalys ska göras behöver man veta vad som ska analyseras. Om analysen ska göras inför en förändring behövs information om vad som är beslutat, hur det är tänkt att den ska genomföras och hur det kommer att göras i praktiken. Det gäller sedan att identifiera stora och små risker och att sortera risker på ett tydligt sätt, så att de förslag på åtgärder som blir resultatet av arbetet med riskanalysen har stor chans att verkligen minska riskerna för att det oönskade händer och att vårdskador inträffar.

När patienter och närstående medverkar i en riskanalys ska de få information före, under och efter riskanalysen om syftet med analysen, hur arbetet ska gå till, hur mycket tid det kommer att ta, vad som förväntas av dem och hur resultatet kommer att tas omhand. Uppdragsgivaren ansvarar för att denna information ges men kan delegera detta till exempelvis analysledaren.

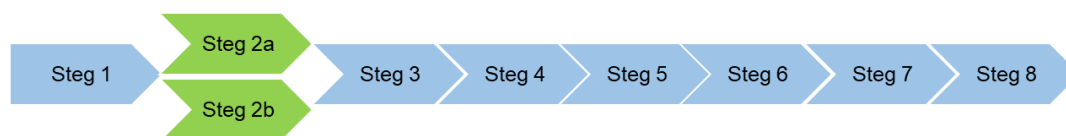
Analysledaren beräknar tillsammans med uppdragsgivaren hur mycket tid som behövs

Analysledaren gör tillsammans med uppdragsgivaren en uppskattning av hur mycket tid som behövs för analysarbetet. Det ger bättre förutsättning för en realistisk planering av arbetet och underlättar när personer ska rekryteras till analysteamet. Tidsåtgången beror bland annat på hur analysområdet ser ut, analysteamets sammansättning och förutsättningar. Hur många möten som behövs beror på hur analysområdet ser ut.

Att tänka på:

- det är vanligt att analysteamet behöver träffas 2 – 4 gånger
- för varje möte är det lämpligt att avsätta 2 – 4 timmar
- mötena bör genomföras med ungefär 1 veckas intervall, så att deltagarna hinner genomföra uppgifter, men inte helt glömmer tidigare diskussion
- för analysledaren krävs mer tid än för deltagarna i analysteamet. Tid behövs för förberedelser, analys och slutrapport, vanligen motsvarande en arbetsvecka.

Steg 2: Beskriv analysområde



I steg 2 ska fakta samlas in och en beskrivning göras av vilket område som ska analyseras. Två alternativa tillvägagångssätt finns.

Samla in fakta

Analysledaren samlar in så mycket information och fakta som möjligt inför första mötet med analysteamet. Det ger underlag för att direkt inleda arbetet. Deltagarna i analysteamet kan sedan fördela arbetet och hjälpas åt med att ta fram ytterligare material om så behövs.

Att tänka på:

- analysledaren bör sammanställa tillgängligt material och relevant information så att analysteamet redan i början av arbetet kan få en konkret bild av det som ska analyseras
- det är värdefullt om analysledaren till analysteamets första möte tar med ett grafiskt utkast till analysområde som direkt kan bli underlag i planeringen av teamets arbete.

Risikanalys av en pågående verksamhet ska utgå från den verkliga situationen och det faktiska arbetssättet så som det ser ut och genomförs i löpande arbete. Det betyder att det inte räcker med att studera skriftligt material, utan att intervjuer och studiebesök kan behöva göras. Då det också kan finnas olika uppfattningar om hur ett arbetssätt är och utförs, kan det vara nödvändigt att intervjua flera olika personer ur olika professioner.

Användbar information kan finnas på flera håll, t.ex. i verksamhetsplan, processbeskrivningar, styrande dokument, statistik över exempelvis diagnosgrupper, besök, vårdplatser och avvikelser och tidigare risk- eller händelseanalyser.

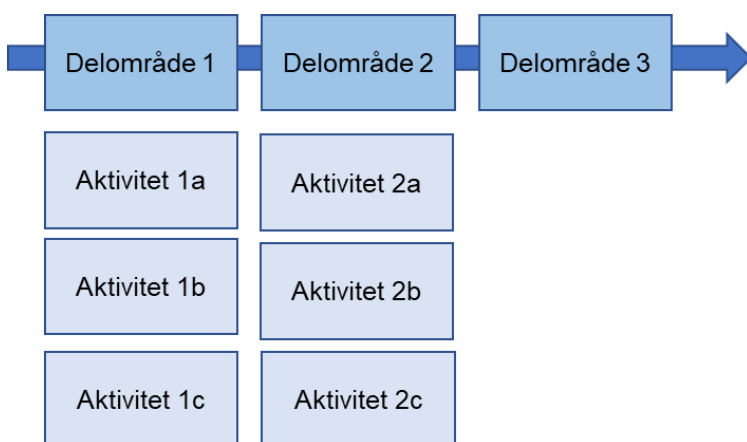
Vid en riskanalys inför en förändring måste information tas fram om den framtida planerade verksamheten. Det är viktigt att ta fram information om hur det är tänkt att verksamheten ska vara utformad efter förändringen, vilka arbetssätt och rutiner, vilken organisation och resurser med mera som kommer finnas. Det är nödvändigt att så noga som möjligt ta reda på vilka förutsättningar för arbetet efter förändringen som kommer att gälla, och vad som kan komma att påverka den verksamhet som ska analyseras och dess omgivning. Det kan t.ex. vara prognoser för vårdbehov, möjliga förändringar i tillgängliga resurser eller nya metoder.

För steg 2 och 3 i arbetet med riskanalysen finns 2 alternativa arbetssätt. Båda tillvägagångssätten har samma syfte när det gäller att identifiera risker och bedöma deras storlek som utgångspunkt för utformning av förebyggande åtgärder. Det är viktigt att analysledaren, innan analysarbetet inleds, tänker igenom vilken väg som kan vara den mest lämpliga för just den analys som påbörjas, så att analysgruppen kan vägledas genom arbetet på ett effektivt sätt.

Gör en grafisk beskrivning av analysområdet

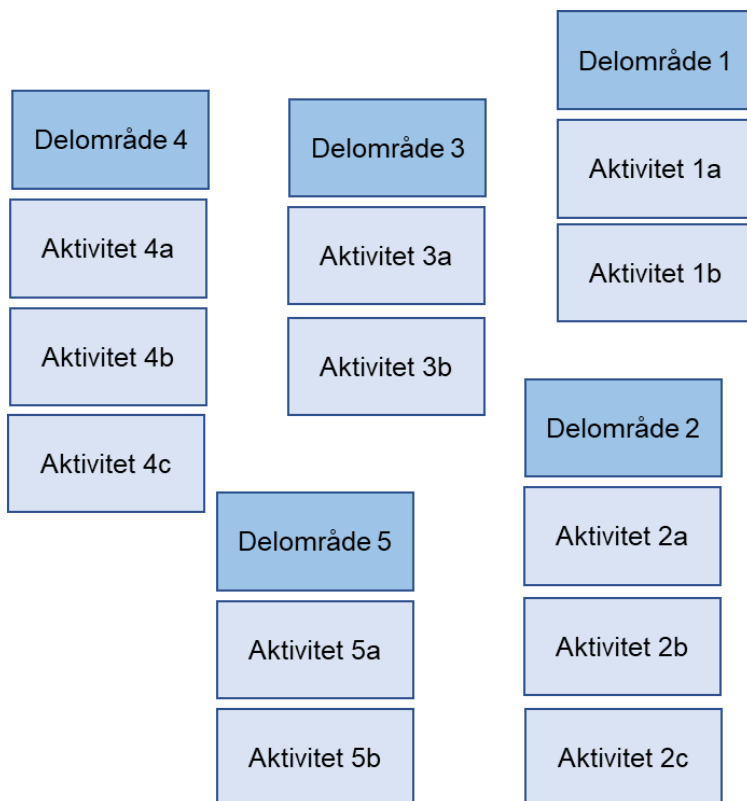
När analysområdet ska beskrivas finns två alternativa arbetssätt, alternativ A och alternativ B.

Innan det egentliga arbetet med analys av risker kan börja är det viktigt att analysledaren och deltagarna i analysteamet har samma bild och uppfattning av vad som ska analyseras. Det handlar då både om hur den organisatoriska avgränsningen ser ut och om vilka aktiviteter i verksamheten som ska undersökas. Det område som ska analyseras kan beskrivas på olika sätt.



Figur 3. Alternativ A: Analysområdet beskrivet som en process. Analysområdet beskrivet som en process med analysområde, delområde och aktiviteter. Aktiviteterna inom varje delområde numreras så att kopplingen till delområdet blir tydlig.

Det blir ofta tydligt och överskådligt om analysområdet beskrivs som en process där delområden och aktiviteter följer efter varandra i en sekvens eller ett arbetsflöde. Erfarenheten visar att det ibland kan bli tydligare om man i stället beskriver analysområdet som en struktur eller en organisation, där olika aktiviteter och typer av arbete utförs i olika delar av organisationen utan att varje ärende passerar samma väg (Alternativ B). Detta sätt kan ibland göra det lättare att beskriva en komplex verksamhet. Båda alternativen för att beskriva analysområdet ger ett bra underlag för de efterföljande stegen i analysarbetet och båda beskrivs här.



Figur 4. Alternativ B: Analysområdet beskrivet som ett skärgårdslandskap.

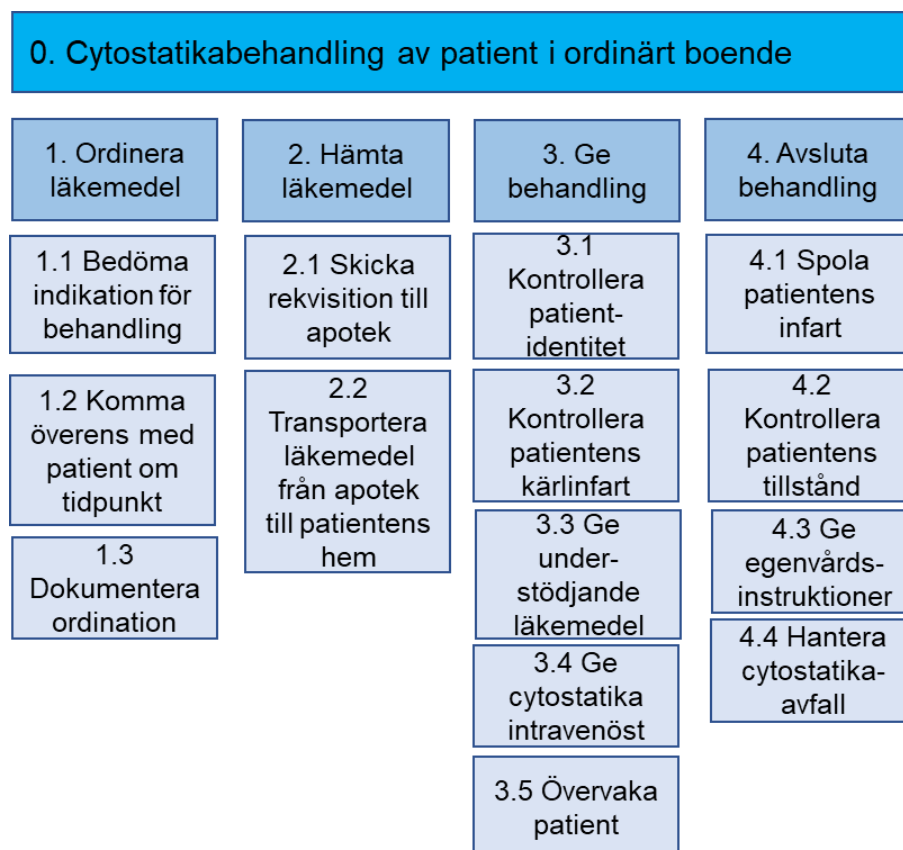
Ofta finns skillnader mellan hur det praktiska arbetet i realiteten utförs och hur det är bestämt och beskrivet att arbetet ska utföras. När analysområdet beskrivs grafiskt är det därför viktigt att rita och beskriva så att det framgår hur verksamheten ser ut i praktiken, och med de funktioner och de förbindelser och beroenden som faktiskt finns. När analysarbetet går vidare finns då förutsättningar att hitta de risker som annars kan förbli osynliga. Ett tydligt avgränsat analysområde underlättar förståelsen av vilket område som ska analyseras och vilka områden som inte omfattats av analysen. Innan arbetet fortsätter med analysen är det bra att stämma av analysområde och avgränsningar med uppdragsgivaren, så att förväntningarna på analysen och förutsättningarna stämmer överens.

Oavsett vilket alternativ som väljs för beskrivning av analysområdet måste de olika delområdena och aktiviteterna eller motsvarande benämnas så att olika delområden och aktiviteter i beskrivningen kan särskiljas. Analysen kan då göras systematisk, så att risker och åtgärder kan kopplas till olika delar av analysområdet. Det är bra att arbeta med en grafisk beskrivning, som kan visas på ett sätt så att hela teamet samtidigt kan se helheten. Sätt namn på och beskriv varje delområde med tillräckligt många ord för att ni i teamet ska vara överens om vad som avses.

Att tänka på:

- analysgruppen bör vara överens om hur analysområdet ska beskrivas och hur avgränsningarna ser ut innan arbetet påbörjas med att inventera risker i steg 3. Det kan annars gå tid i onödan till att diskutera sådant som inte ska ingå i analysen eller så missas vissa risker i analysen.

Exempel på alternativ A



Figur 5. Beskrivning av analysområde, alternativ A.

Exempel på analys där alternativ A för beskrivning av analysområdet kan vara lämpligt är cytostatikabehandling av en patient i ordinärt boende. Det rör sig om en läkemedelsbehandling som kräver ett metodiskt arbetssätt och att delmomenten i genomförandet görs med precision och hög säkerhet för att patienten inte ska

komma till skada. Behandlingen ska genomföras med samma procedur varje gång och de olika arbetsmomenten följer efter varandra i ett processflöde (figur 5).

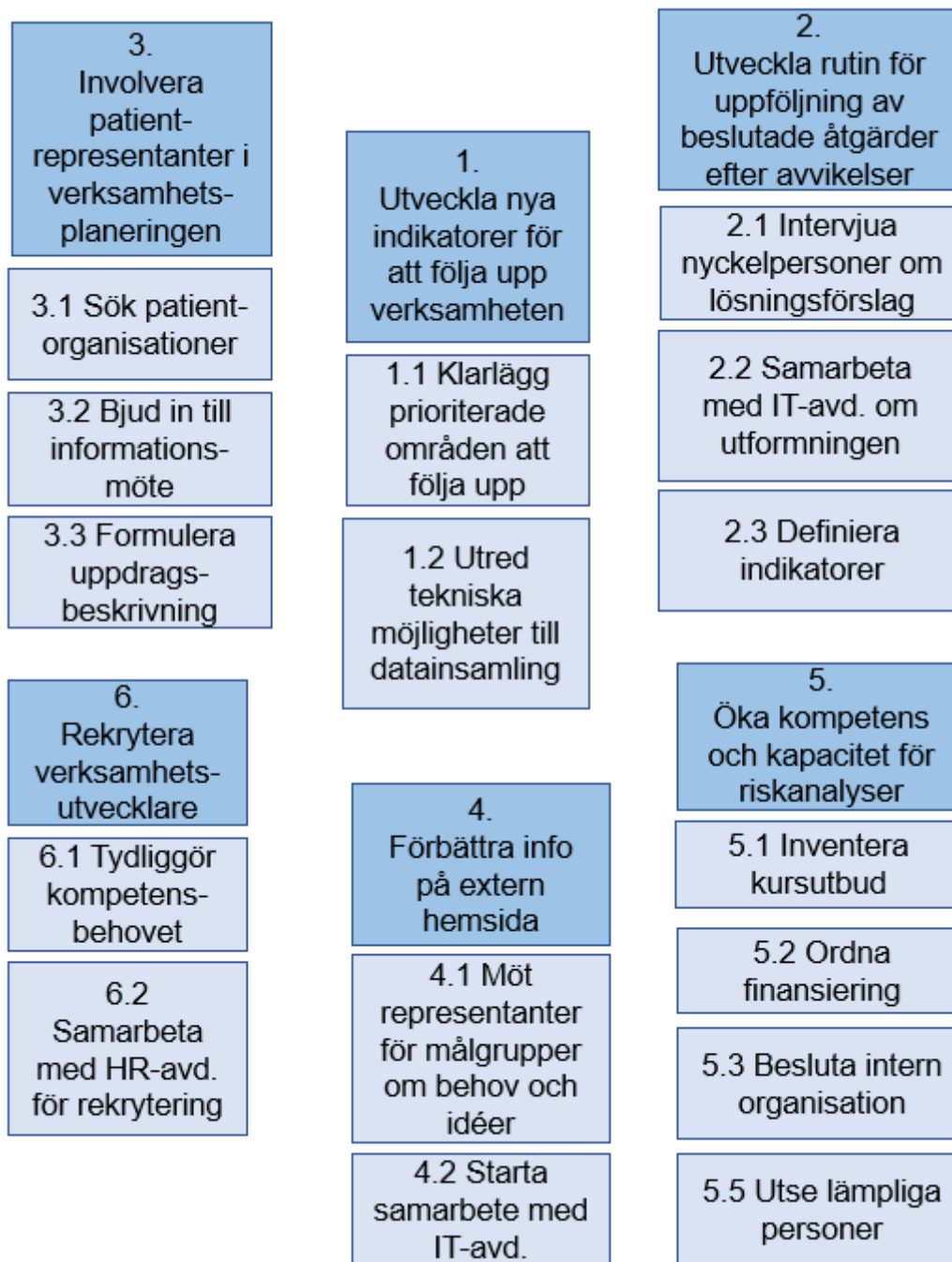
Exempel på alternativ B

Exempel på analys där alternativ B för beskrivning av analysområdet kan vara lämpligt är en sektion där man har sammanställt en verksamhetsplan med kort- och långsiktiga mål för vad som ska genomföras. Verksamhetsplanen ska genomföras med den organisation och bemanning som redan finns på plats. Målen för arbetet och tidplanen är tydligt formulerade, men upplevelsen är att planeringen förutsätter att allt går enligt den uppgjorda planen och helt utan störningar. Samtidigt finns en erfarenhet av att oväntade hinder och störningar alltid dyker upp. Därför tar enhetschefen nu initiativ till en riskanalys så att det kan bli tydligare vad som kan komma att störa den ursprungliga planen och vilka åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för att målen i planen inte kommer att kunna nås.

När verksamhetsplanen ska sättas i verket kommer olika personer och olika enheter att arbeta parallellt med de olika aktiviteterna i ett projektbaserat arbetssätt. Vartefter som arbetet enligt planen går vidare kommer de flesta på sektionen att behöva samarbeta med varandra, men hur arbetsgrupper och samarbeten ser ut kommer att variera. Olika samband och beroenden kommer hela tiden att finnas på sektionen, men hur dessa kopplingar ser ut kommer att förändras under tiden som man arbetar enligt verksamhetsplanen.

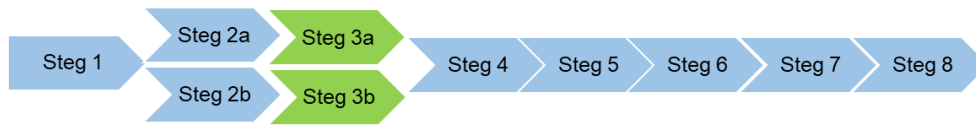
Fördelar med att i denna situation kunna beskriva analysområdet som en "skärgård" enligt alternativ B är att det blir lättare att beskriva de aktiviteter som finns i planen. Alla ärenden följer inte samma väg genom sektionen, de hanteras på olika sätt och arbetsprocessen är inte linjär. Alternativ B ger större flexibilitet för hur identifiering och beskrivning av riskerna i steg 3 och 4 genomförs.

En nackdel med att beskriva analysområdet som ett "skärgårdslandskap" med varierande samband och förbindelser mellan öarna kan vara att det blir svårare att identifiera svagheter i de samband och förbindelser som finns mellan "öarna". Det är viktigt att tänka på när risker inventeras, så att väsentliga risker inte förblir upptäckta.



Figur 6. Beskrivning av analysområde, alternativ B.

Steg 3: Identifiera och bedöm risker



Kärnan i arbetet med en riskanalys är att identifiera de risker som kan finnas i den process eller verksamhet som ska analyseras. En metodisk genomgång av riskerna med bedömning av vilka som ger det största hotet mot verksamheten hör till. Det ger möjlighet att bättre förstå vilka faktorer som bidrar till att riskerna finns och att utforma åtgärder som minskar risken för att det oönskade ska inträffa.

Även i steg 3 kan man välja mellan två alternativa sätt att gå till väga, Alternativ A och Alternativ B.

Analysteamet identifierar risker, alternativ A När analysteamet är överens om den grafiska beskrivningen av analysområdet börjar arbetet med att identifiera risker. Använd ett analyschema för att underlätta en systematisk dokumentation av analysen. I analyschemat dokumenteras risker, bakomliggande orsaker, förslag till åtgärder och metod för uppföljning. Börja med att föra in analysområdets huvudområde, delområden och aktiviteter till analyschemat (figur 7).

ID aktivitet	Aktivitet	ID risk	Risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsatt analys Ja/Nej

Figur 7. Analyschema 1, riskstorlek.

Riskidentifieringen gör ni gemensamt i analysteamet. För huvudområdet, varje delområde och varje aktivitet frågar ni er:

- vad kan gå fel i detta steg?
- vilka konsekvenser leder det till för patienten eller för resultatet av processen eller aktiviteterna om analysen inte omfattar en patientnära verksamhet?

Varje aktivitet, delområde och huvudområde har flera risker. Gå igenom alla "rutor" i analysområdet systematiskt för en fullständig riskanalys. För exempel se figur 8.

Tabell 1 Arbetsgång för att identifiera risker

Moment	Aktivitet
1	Identifiera risker med hjälp av brainstorming, utan att värdera dem. Det underlättar att använda teman som inspiration. Använd teman som människa-teknik-organisation eller orsaksområden.
2	Dokumentera riskerna. Skriv på tavla eller post-it-lappar för att senare föra in det i analys-schemat. Alternativt, skriv direkt i analys-schemat under mötet.
3	Numrera riskerna i analys-schemat.

Analysteamet identifierar risker, alternativ B

När analysteamet har enats om hur analysområdet bäst kan beskrivas, utgår teamet från analysområdet för att identifiera de risker som kan kopplas till de olika aktiviteterna eller delområdena i analysområdet. Medlemmarna i analysteamet arbetar var för sig med att identifiera risker som hänger ihop med de olika öarna eller delområdena på kartan. Varje identifierad risk skrivs ned på en post-it-lapp eller på annat lämpligt sätt. När fler idéer om risker inte kommer upp återsamlas teamet och var och en redogör för de risker som identifierats och lapparna fästs på den gemensamma bilden/kartan.

Varje aktivitet och delområde på kartan kan innebära flera olika risker. Analysgruppen går igenom hela kartan och alla hjälps åt att komplettera med ytterligare risker.

Alla risker som identifierats numreras så att det framgår till vilken aktivitet eller del av delområde de hör. Benämna och beskriv tydligt men kortfattat med några ord varje risk så att även den som inte deltagit i analysgruppens arbete kan förstå vad risken består i.

Att tänka på:

- börja identifiera risker i en aktivitet. Aktiviteterna är ofta mer konkreta, vilket underlättar. Gå sedan vidare till delområden och huvudområdet
- risker identifieras ofta med frågan "Vad?" medan orsaker ofta identifieras med frågan "Varför?"
- det sparar tid att dokumentera med dator och bildvisning under mötet, men det kan ibland begränsa spontaniteten i analysteamet
- analysteamet kan ibland frestas att gå direkt på lösningar, eller alltför snabbt tycka sig hitta de bakomliggande orsakerna. Det kan dock vara till nytta om

analysledaren fångar upp sådana förslag för att återkomma till dem senare, men styra gruppen att fokusera enbart på riskerna.

Identifiera risker och skriv in i analyschemat (figur 8 och 9).

ID aktivitet	Aktivitet	ID risk	Risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsatt analys Ja/Nej
3.1	Kontrollera patientidentitet	3.1 R1	Patienten får fel läkemedel				
3.2	Kontrollera patientens kärlinfart	3.2 R1	Läckage utanför kärl upptäcks inte				
3.2	Kontrollera patientens kärlinfart	3.2 R2	PVK olämplig för cytostatika men accepteras				
3.3	Ge understödjande läkemedel	3.3 R1	Biverkningar av cytostatika				
3.4	Ge cytostatika intravenöst	3.4 R1	Cytostatika läcker utanför kärl				
3.5	Övervaka patienten	3.5 R1	Symptom under behandling tolkas inte som biverkningar och behandling fortgår				

Figur 8. Exempel på del av analyschema "Cytostatikabehandling av patient i ordinärt boende".

ID aktivitet	Aktivitet	ID risk	Risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsatt analys Ja/Nej
1.1	Klarlägg prioriterade områden att följa upp	1.1 R1	Samband mellan verksamhet, resultat och mått klarläggs inte nog detaljerat				
1.2	Utred tekniska möjligheter till datainsamling	1.2 R1	Tillgänglig teknisk kompetens otillräcklig				
1.3	Definiera indikatorer	1.3 R1	Det som är svårt att mäta hoppas över				
2.1	Intervjua nyckelpersoner om lösningsförslag	2.1 R1	Arbetstiden räcker bara till ett fåtal intervjuer				
2.2	Samarbeta med IT-avdelning om utformningen	2.2 R1	IT-avdelningens resurser räcker nu inte till samarbete i nya projekt				

Figur 9. Exempel på påbörjat analyschema "Genomförande av uppdaterad verksamhetsplan".

Analysteamet bedömer de identifierade riskerna, alternativ A

Analysteamet ska bedöma varje identifierad risk. Riskbedömningen är en sammanvägning av konsekvensens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den inträffar. Multiplikation av värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet ger en riskpoäng.

Det finns olika metoder för riskbedömning. I alternativ A presenteras ett sätt som liknar det som används av Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, i USA.

För varje risk ska allvarlighetsgraden av konsekvensen bedömas. Använd skalan i tabell 2.

Analysteamet bedömer de identifierade riskerna, alternativ B

Analysteamet ska nu identifiera de risker som är mest allvarliga och som i första hand bör leda till förebyggande åtgärder. Riskbedömningen är en sammanvägning av hur allvarlig konsekvensen är om händelsen inträffar och sannolikheten för att händelsen ska inträffa. Detta är en bedömning var och en av deltagarna ska göra.

I denna del av arbetet är det viktigt att tänka på, att både risker som innebär en allvarlig konsekvens, men där sannolikheten för att det inträffar är låg, och risker som innebär att konsekvensen är liten, men sannolikheten för att det inträffar är hög, kan vara lika viktiga att åtgärda.

Ett smidigt sätt att göra en sådan bedömning är att varje medlem i analysteamet fördelar poäng på de risker som bedöms som mest angelägna att förebygga. Det är då lämpligt att varje medlem i analysteamet får 10 – 20 poäng att fördela. När analysgruppen är liten och de beskrivna riskerna många behöver var och en fler poäng att fördela än om gruppen är stor och antalet identifierade risker är litet. Var och en fördelar i tysthet sina poäng på de olika riskerna på tavlan. Varje teammedlem utgår då från den egna bedömningen och fördelar sina poäng med någon eller några poäng på ett flertal risker eller med många poäng på en eller få risker.

När alla i gruppen fördelat sina tilldelade poäng summeras resultatet. De risker som fått flest poäng ska analyseras vidare. Riskerna sammanställs i poängordning. Även de risker som inte fått några poäng tas med i sammanställningen.

Bedöma allvarlighetsgrad

Tabell 2. Allvarlighetsgrad och konsekvens.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
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 vårdepisod för tre eller fler patienter (se nedan) 1, 2 Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter (se nedan) 2 Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Anpassat från Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA. (1. Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbar flera patienter, 2. Med förlängd vårdepisod avses att vårdkontaktarna med patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs).

Att tänka på:

- en risk kan medföra olika konsekvenser med olika allvarlighetsgrad. Då kan man dela upp risken i två eller flera risker och bedöma dem var för sig.

Exemplen på konsekvenser i tabell 2 som förklarar nivåerna av allvarlighetsgrad passar inte i alla riskanalyser. De kan då ändras genom att komplettera förklaringarna eller ta fram egna förklaringar som bättre passar aktuell analys. Tänk på följande:

- vid nya förklaringar till skalstegen är det viktigt att nivåerna mellan skalstegen är adekvata
- för att alla risker ska bedömas på samma sätt bör samma skala genomgående i hela riskanalysen
- vid en riskanalys som omfattar både patientsäkerhet och arbetsmiljö kan dock olika skalor användas för de olika delarna
- beskriv i analysrapporten vilken eller vilka skalor som har använts i analysarbetets olika delar.

Bedöma sannolikhet

För varje risk bedömer analysteamet sannolikheten för att en viss konsekvens ska inträffa. Ofta används skalan i tabellen nedan. Ibland är dock inte skalan lämplig. Det kan till exempel vara en analys av driftavbrott i tekniska system som inträffar mycket sällan. Då kan förklaringarna för förekomst behöva ändras till andra tidsintervall, till exempel årligen, vart 5:e år, vart 10:e år, vart 20:e år.

Kom ihåg att använda samma förklaringar genomgående för alla risker i analysen, så att bedömningen blir konsekvent.

Tabell 3. Exempel på skala för sannolikhet.

Sannolikhet	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

Riskmatris

När analysteamet har skattat allvarlighetsgraden och sannolikheten används en riskmatris (se tabell 4). Den är ett hjälpmedel för att avgöra om risken ska analyseras vidare eller inte.

- multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet för att se riskpoängen
- riskpoängen bestämmer riskens position i riskmatrisen. Allvarliga risker med hög riskpoäng samlas i övre vänstra hörnet
- riskpoängen är en hjälp att bedöma om risken är så allvarlig att analysen ska fortsätta med analys av bakomliggande orsak, åtgärdsförslag och metod för uppföljning.

Vilka risker ska analyseras vidare?

- alla risker med riskpoäng 8 eller mer
- för risker med riskpoäng 1 – 6 avgör analysteamet. Analysteamet kan förstås fortsätta analysen även om riskpoängen är låg. Det är dock bra att tänka på att i analysrapporten ange vilka risker som har fått hög riskpoäng och vilka som har bedömts vara mindre allvarliga, så att åtgärder mot de stora riskerna inte nedprioriteras.

Tabell 4. Riskmatris.

	Katastrofal allvarlighets grad (4)	Betydande allvarlighets grad (3)	Måttlig allvarlighets grad (2)	Mindre allvarlighets grad (1)
Mycket stor sannolikhet (4)	16	12	8	4
Stor sannolikhet (3)	12	9	6	3
Liten sannolikhet (2)	8	6	4	2
Mycket liten sannolikhet (1)	4	3	2	1

Källa: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.

Att tänka på:

- för risker med riskpoäng 1 – 6 kan följande frågor underlätta bedömningen om analysen ska gå vidare: är allvarlighetsgraden så hög att risken bör

förebyggas även om sannolikheten är liten? Eller är allvarlighetsgraden relativt låg men sannolikheten för att det ska inträffa mycket hög?

Exempel

Analysteamet identifierar sex risker i processen "Cytostatika-behandling av patient i ordinärt boende" (Figur 10). Två av riskerna bedöms ha riskpoäng 8 och kommer att analyseras vidare.

I analysen av "Genomförande av uppdaterad verksamhetsplan" identifieras 5 risker (Figur 11). Två av dessa har en så hög riskpoäng att de kommer att analyseras vidare.

Det är viktigt att komma ihåg att riskvärdering inte är en absolut sanning, det finns alltid ett litet utrymme för subjektivitet om man inte hittar hårda data. Risken för subjektivitet kan ofta minskas om analysteamet består av personer inom verksamheten men också personer utanför den granskade verksamheten.

ID aktivitet	Aktivitet	ID risk	Risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsatt analys Ja/Nej
3.1	Kontrollera patientidentitet	3.1 R1	Patienten får fel läkemedel	4	2	8	Ja
3.2	Kontrollera patientens kärlinfart	3.2 R1	Läckage utanför kärl upptäcks inte	4	2	8	Ja
3.2	Kontrollera patientens kärlinfart	3.2 R2	PVK olämplig för cytostatika men accepteras	3	1	3	Nej
3.3	Ge understödjande läkemedel	3.3 R1	Biverkningar av cytostatika	2	2	4	Nej
3.4	Ge cytostatika intravenöst	3.4 R1	Cytostatika läcker utanför kärl	4	1	4	Nej
3.5	Övervaka patienten	3.5 R1	Symptom under behandling tolkas inte som biverkningar och behandling fortgår	3	2	6	Nej

Figur 10. Exempel på del av analyschema 1, riskstorlek "Cytostatikabehandling av patient i ordinärt boende".

ID aktivitet	Aktivitet	ID risk	Risk	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Fortsatt analys Ja/Nej
1.1	Klarlägg prioriterade områden att följa upp	1.1 R1	Samband mellan verksamhet, resultat och mått klarläggs inte nog detaljerat	3	4	12	Ja
1.2	Utred tekniska möjligheter till datainsamling	1.2 R1	Tillgänglig teknisk kompetens otillräcklig	3	2	6	Nej
1.3	Definiera indikatorer	1.3 R1	Det som är svårt att mäta hoppas över	3	4	12	Ja
2.1	Intervjua nyckelpersoner om lösningsförslag	2.1 R1	Arbetstiden räcker bara till ett fåtal intervjuer	2	2	4	Nej
2.2	Samarbeta med IT-avdelning om utformningen	2.2 R1	IT-avdelningens resurser räcker nu inte till samarbete i nya projekt	3	3	9	Ja

Figur 11. Exempel på påbörjat analyschema 1, riskstorlek "Genomförande av uppdaterad verksamhetsplan".

Steg 4: Identifiera bakomliggande orsaker



Varje risk kan ha en eller flera orsaker och en eller flera åtgärder kan behövas för att hantera en risk. Analysteamet ska identifiera de bakomliggande orsakerna.

ID risk	Risk	Riskpoäng	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	Metod för uppföljning	Ansvarig för uppföljning

Figur 12 Analysschema 2, bakomliggande orsaker och åtgärder

Vad är en bakomliggande orsak?

Bakomliggande orsaker kan finnas i eller nära verksamheten, men finns oftast på systemnivå och det är inte alltid från början uppenbart att de påverkar verksamheten. När man riktar åtgärder mot bakomliggande orsaker minskar eller eliminerar man sannolikheten för att den negativa händelsen ska inträffa.

Bakomliggande orsaker finns oftast inom följande orsaksområden:

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

Exempel på bakomliggande orsaker är bristande tillgång till utrustning, personalbrist och slangkopplingar som går att förväxla.

Använd varför-därför-metoden

Principen för att identifiera bakomliggande orsaker och koppla dem till åtgärdsförslag är densamma som används vid händelseanalys: "varför-därför-metoden". För varje risk frågar ni "Varför?" och svarar "Därför att ..." upprepade gånger tills den bakomliggande orsaken är identifierad (se tabell 5).

Fråga efter orsaker i den egna verksamheten, men tänk också på det större perspektivet och på att fråga efter orsaker högre upp eller längre bort i organisationen.

Tabell 5. Exempel på orsaksanalys med varför-därför-metoden.

Moment	Fråga och svar
1	Risk: Förväxling av läkemedel
2	Varför förväxlas läkemedel? Därför att de ha liknande namn och står bredvid varandra i läkemedelsförrådet
3	Varför står de bredvid varandra i läkemedelsförrådet? Därför att läkemedlen står i bokstavsordning
4	Varför står läkemedlen i bokstavsordning? Därför att ATC-kod inte har införts på avdelningen
5	Varför har ATC-kod inte införts på avdelningen? Därför att förvaltningen inte har tagit ett principbeslut om att införa ATC-kod

Att tänka på:

- ta reda på vad som är en bakomliggande orsak genom att fråga: "Om den bakomliggande orsaken åtgärdas, förhindras eller minskar då risken?"
- om svaret är "ja" är det en bakomliggande orsak.

Exempel

Analysteamet gör en orsaksanalys och identifierar den bakomliggande orsaken genom att fråga "Varför?" och svara "Därför att ...". De bakomliggande orsakerna förs in i analyschemat (se figur 13 och 14).

ID risk	Risk	Riskpoäng	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	Metod för uppföljning	Ansvarig för uppföljning
3.1 R1	Patienten får fel läkemedel	8	ID-kontroll kan utebli	Checklista med obligatoriska moment inför och under behandling med cytostatika	Patientenkät	Enhetschef
3.2 R1	Läckage utanför kärll upptäcks inte	8	Vissa patienter har PVK, vilket alltid innebär risk för läckage	Etablera rutin för krav på säker infart före behandling hemma	Återkommande journalgranskning	Kvalitets-samordnare

Figur 13. Exempel på del av analyschema 2, bakomliggande orsaker och åtgärder "Cytostatikabehandling av patient i ordinärt boende".

ID risk	Risk	Riskpoäng	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	Metod för uppföljning	Ansvarig för uppföljning
1.1 R1	Samband mellan verksamhet, resultat och mått klarläggs inte nog detaljerat	12	Svårt på kort tid. Olika kunskaper behövs	Bearbeta i separat delprojekt med mer resurser	Engagera externa experter till referensgrupp i delprojektet	Projektledare
1.3 R1	Det som är svårt att mäta hoppas över	12	Svårt på kort tid. Olika kunskaper och IT-kompetens behövs	Bearbetas samtidigt som 1.1 R1, se ovan	Bearbetas samtidigt som 1.1 R1 ovan	Projektledare
1.5 R1	IT-avdelningens resurser räcker nu inte till samarbete i nya projekt	9	Planering sker avdelningsvis och gemensamma projekt resurssätts inte utifrån helhetssyn	Förnyad diskussion i ledningsgrupp om hur resurser kan frigöras		Verksamhetschef

Figur 14. Exempel på analyschema 2, bakomliggande orsaker och åtgärder "Genomförande av uppdaterad verksamhetsplan".

Steg 5: Föreslå åtgärder och metod för uppföljning



När analysteamet har identifierat de bakomliggande orsakerna till riskerna behövs förslag på åtgärder.

Ställ frågorna:

- vad vill vi åstadkomma?
- vilka förändringar kan leda till en förbättring?
- hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- kan förändringen innebära nya risker?

Arbetsgång

Analysteamet genomför följande steg:

1. ta fram åtgärdsförslag kopplade till de bakomliggande orsakerna
2. analysera och kontroller åtgärdsförslagen
3. föreslår en metod för att utvärdera åtgärderna.

Ta fram åtgärdsförslag

Tänk på följande när åtgärdsförslag ska utformas:

- basera åtgärdsförslagen på de bakomliggande orsakerna
- en bakomliggande orsak kan kräva flera åtgärder
- åtgärderna ska vara konkreta och möjliga att följa upp
- ta fram åtgärder som rör den egna verksamheten men också åtgärder som borde vidtas högre upp i organisationen eller inom andra verksamheter
- reflektera över vilka åtgärder på systemnivå som kan förändra den bakomliggande orsaken på ett positivt sätt. Finns det åtgärder som kan göra hela arbetsprocessen eller verksamheten säkrare?

Skriv in åtgärdsförslagen i analyschemat (figur 13 och 14).

Att tänka på:

- Prioritera åtgärdsförslagen så att det blir tydligt vilka förslag som inriktas mot de största riskerna och vad analysteamet bedömer bör göras först. Det är viktig information för uppdragsgivaren

- Det är värdefullt om det går att också föreslå en tidplan och vem i organisationen som kan ansvara för att genomföra och följa upp åtgärden. Formellt är det ofta verksamhetschefen som är övergripande ansvarig, men när ansvariga personer eller funktioner kan föreslås för de olika aktiviteterna kan det underlätta beslut och bidra till att det praktiska arbetet kan komma igång snabbare.
- Använd gärna mallen Handlingsplan för åtgärder. Den kan underlätta och tydliggöra redovisningen av åtgärder. Ladda ner den på <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/risk-och-riskhantering>.

Analysera och kontrollera åtgärdsförslagen

Granska åtgärdsförslagen och bedöm om de är relevanta. Ställ följande frågor för varje åtgärdsförslag:

- bygger åtgärden på bästa tillgängliga kunskap? Har ni tagit del av relevant kunskap och litteratur inom området?
- vad blir effekten av åtgärden?
 - elimineras den bakomliggande orsaken?
 - begränsas eller bevakas den bakomliggande orsaken?
 - är den bakomliggande orsaken sådan att den måste accepteras? Hur kan den i så fall tydliggöras?
- kan åtgärden skapa nya risker inom eller utanför verksamheten?
- hur påverkar åtgärden andra delar av processen eller verksamheten som inte är med i riskanalysen? Kan det vara negativt?
- kan åtgärden öka komplexiteten eller antalet steg i arbetsmomentet eller processen och på så sätt innebära nya risker?
- finns åtgärder föreslagna på både verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå?
- har ni diskuterat åtgärderna med dem som berörs av förändringen?

Åtgärder är olika effektiva. Tabell 7, 8 och 9 ger exempel på åtgärder och deras kända effektivitet. När analysteamet tar fram förslag på åtgärder eftersträvas att välja åtgärder som är mycket effektiva och som ökar säkerheten i hela systemet. Åtgärdshierarkins nivåer och kategorier utgår från Root Cause Analysis Tools, Veterans National Center for Patient Safety.

Tabell 7. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad.

Mycket effektiva åtgärder

Åtgärdskategori	Exempel
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 testremor 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
Tydligt engagemang från ledningen	Ta del av enheternas patientsäkerhetsarbete. Stöd händelseanalysprocesser. Införskaffa nödvändig utrustning. Se till att bemanning och arbetsbörda är adekvat och rimlig

Dessa åtgärder är i mindre grad beroende av att människor kommer ihåg det rätta sättet att utföra uppgiften.

Tabell 8. Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad.

Effektiva åtgärder

Åtgärdskategori	Exempel
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 simulatorbaserade övningar med regelbundna repetitionstillfällen och utvärdering	Utföra patientöverlämningar i simulerad miljö med efterföljande bedömning och utvärdering
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 och kommunikation	Dokumentera tydligt läkemedelsnamn och dos på intravenösa infusionspåsar

Tabell 9 Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad.

Mindre effektiva åtgärder

Åtgärdskategori	Exempel
Dubbelkontroll	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

Dessa åtgärder är i högre grad beroende av att människor kommer ihåg det rätta sättet att utföra uppgifter.

Föreslå en metod för att utvärdera åtgärderna Analysteamet bör föreslå hur och när de föreslagna åtgärderna kan följas upp och utvärderas. Uppdragsgivare ansvarar för att utvärdering genomförs men förslag på hur det kan göras underlättar beslut och praktiskt arbete med detta.

Utvärdering ska visa om åtgärden har

- genomförts
- varit effektiv och minskat eller eliminerat risken.

Exempel på metoder för att utvärdera åtgärders effekt i verksamheten är att:

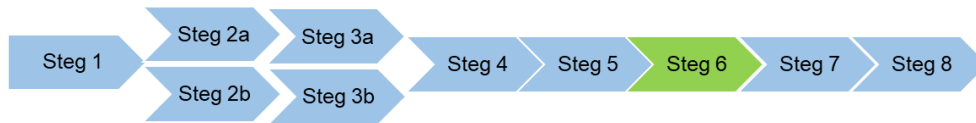
- ta fram statistik, till exempel räkna hur många som följer en rutin under ett arbetspass
- granska journaler
- intervjua patienter och medarbetare
- analysera medicinska resultat
- göra enkätundersökningar
- mäta och värdera tidsåtgången.

Skriv in förslag till metod för utvärdering i analyschemat (figur 13 och 14).

Att tänka på:

- försök att hitta enkla sätt att utvärdera som inte kräver stora arbetsinsatser. Mätningen behöver inte vara heltäckande – det kan vara bra att upprepa den i stället
- försök att ange målvärden för åtgärderna för att avgöra om effekten uppnåtts. Ett målvärde kan exempelvis vara att undersökningar med en viss medicinteknisk produkt ska ske utan driftstörning i 98 procent av fallen under 12 månader.

Steg 6: Skriv slutrapport



Analysledaren ansvarar för att, i samarbete med analysteamet, skriva en slutrapport. Hur omfattande analysrapporten behöver vara påverkas av hur komplext området som har analyserats är och av vilka som kan förväntas läsa rapporten. Resultatet bör redovisas för uppdragsgivaren vid ett personligt möte. Vid mötet kan även verksamhetskunnig, analysteamet och eventuellt representanter från andra berörda enheter delta.

Slutrapportens innehåll

En slutrapport från en omfattande riskanalys som ska läsas av många bör innehålla följande delar:

- sammanfattning av riskanalysen
- innehållsförteckning
- bakgrund och inledning
- uppdragsgivare
- syfte
- deltagare i analysteamet
- metod
- förutsättningar och antaganden som analysen är baserad på
- resultat
- åtgärdsförslag
- slutsatser
- uppdragsgivarens kommentarer
- ordförklaringar
- litteraturlista
- analysområde och analyscheman (kan vara bilagor).

En mindre riskanalys kan avrapporteras i form av en kortare slutrapport som omfattar analyschemat kompletterat med uppgifter om syfte, uppdragsgivare, deltagare i analysteam, förutsättningar och antaganden som analysen bygger på samt slutsatser.

Analysledaren bör också uppskatta hur mycket tidanalysarbetet har tagit och bedöma om den avsatta tiden var tillräcklig.

Att tänka på:

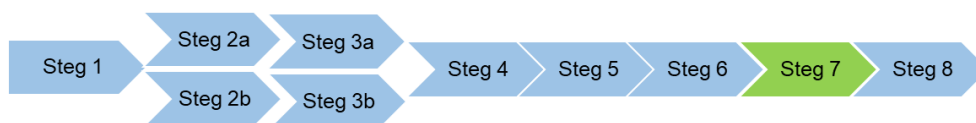
- fundera på vem som ska läsa slutrapporten och anpassa utformningen efter den tänkta målgruppen. Sträva efter att skriva enkelt och kortfattat.

Regler för att lämna ut slutrapporten

Riskenalysen kan vara intressant för medier och andra som vill ta del av resultatet. Ta reda på vilka regler som gäller för att lämna ut handlingar. Grundregeln inom offentlig verksamhet är att riskenalysen under pågående arbete är arbetsmaterial som inte behöver lämnas ut. När slutrapporten är upprättad är den däremot en allmän handling, som ska lämnas ut om inte en sekretessprövning hindrar det.

När riskenalysen rör vårdnära arbete och arbetsprocesser i sjukvården är innehållet sällan känsligt ur ett sårbarhetsperspektiv, men om risker med till exempel försörjningssystem, kapacitet och uthållighet i verksamheten analyseras kan innehållet i riskenalysen vara av mer känslig natur. En sekretessprövning bör då göras innan hela eller delar av analysrapporten lämnas ut. Det är lämpligt att uppdragsgivaren tar ansvar för när och hur detta ska göras.

Steg 7: Besluta om åtgärder



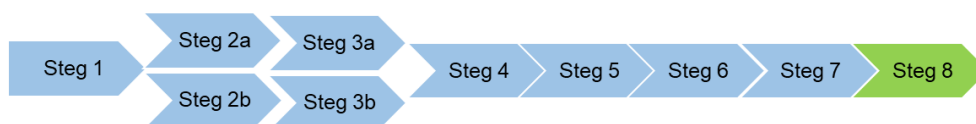
Ansvarig: uppdragsgivare

Det är uppdragsgivaren som ska ta ställning till analysteamets åtgärdsförslag och skriva in sina kommentarer i ett eget kapitel i slutrapporten. Se även kapitel 2.

Analysledaren skickar slutrapport till uppdragsgivaren och vid ett möte återkopplas resultatet. Uppdragsgivaren prioriterar och beslutar vilka av de föreslagna åtgärder som ska genomföras och inom vilken tidsram de ska vara genomförda. Om åtgärdsförslag inte ska genomföras motiveras även 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.

Kunskap om förbättringsarbete ger en god förutsättning när beslut ska fattas om åtgärdsförslagen. 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: uppdragsgivare

Det är uppdragsgivaren som ska utvärdera och följa upp åtgärder. Se även kapitel 2.

Uppdragsgivaren ansvarar 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 bör vara bestämd på förhand.

Har åtgärderna haft avsedd effekt?

För att veta om de beslutade åtgärderna haft avsedd effekt måste de först genomföras och därefter måste 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.

Det är väsentligt att berörda medarbetare får återkoppling på riskanalysen. De kan då bidra genom att yttra sig över de föreslagna åtgärderna. Återkoppling skapar även en god säkerhets- och rapporteringskultur, genom att samtliga anställda får se de förbättringar som en riskanalys lett till. 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.

Risikanalyprocessen bör årligen utvärderas av ledningen vad gäller förutsättningar och effektivitet. Finns analysledarkompetens och möjlighet att prioritera analysarbetet? Exempelvis kan andelen riskanalyser 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 riskanalyser som presenterats för högsta ledningen är ett mycket relevant mått ur perspektivet ledningens engagemang.