



OM RISK
OCH RISK-
HANTERING

LÖF

INNEHÅLL

Inledning.....	3
1 Vad är risk och riskhantering?.....	3
1.1 Introduktion.....	3
1.2 Riskhanteringsprocessen.....	4
1. Identifiera.....	4
2. Värdera/mäta.....	5
3. Hantera	6
4. Följa upp.....	6
5. Rapportera.....	6
2. Risk och riskhantering i sjuk- och tandvård.....	6
2.1 Varför arbeta med risk?.....	6
2.2 Definition av risk.....	7
2.3 Riskhanteringsprocessen i vårdssammanhang.....	8
2.3.1 Identifiera risk.....	8
2.3.2 Värdera/mäta risk.....	8
2.3.3 Hantera risk	9
2.3.4 Följa upp risk	9
3. Riskhantering i olika vårdssituationer.....	10
3.1 Enskild patient.....	10
3.1.1 Inför beslut om behandling/operation.....	10
3.1.2 Bättre förutsättningar för bedömning och beslut.....	10
3.1.3 Waranbehandling till man i hemsjukvård.....	11
3.2 Enskild process.....	11
3.2.1 Delning av läkemedel på vårdavdelning.....	11
3.2.2 Diagnostiska fel och misstag på vårdcentral.....	13
3.3 Inför större verksamhetsförändringar.....	14
3.3.1 Ombyggnad av operationsavdelning.....	14
3.3.2 Gemensam avdelning (kommun och slutenvård) för medicinskt färdigbehandlade patienter	15
4. Mätetal och indikatorer.....	16
4.1 Exempel grupp 1.....	16
4.2 Exempel grupp 2 (processmått).....	17
4.3 Exempel grupp 3 (utfallsmått).....	17
5. Referenser/källor.....	18
6. Mall för beräkning av bruttorisk respektive nettorisk.....	18

INLEDNING

Denna text syftar till att utveckla och fördjupa arbetet med risk och hantering av risk i sjuk- och tandvård, utifrån ett principiellt resonemang att arbeta med risk. Texten innehåller exempel från både verksamheter som kommit långt i arbetet med risk och riskhantering (försäkringsbolag och banker) och från sjuk- och tandvård. Texten ska ses som ett fristående komplement till "Utredning av risker – handbok för metoden riskanalys", utgiven 2022 av SKR.

Dokumentet är författat av Pelle Gustafson, chefläkare, Jesper Andersson, vd och Mita Danielsson, chefsjuksköterska, Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag.

1 VAD ÄR RISK OCH RISKHANTERING?

1.1 INTRODUKTION

Detta avsnitt beskriver i generella termer riskhantering och riskhanteringsprocessen. Beskrivningen är präglad av hur försäkringsbranschen arbetar med risk och riskhantering. Processen och beskrivningarna är dock allmängiltiga och resonemang går att använda på all typ av verksamhet, även sjuk- och tandvård.

Risk är inte entydigt definierat och används på ett flertal olika sätt, både formellt och i dagligt tal. Exempelvis fann Boholm i sin granskning av ett tjugotal myndigheters definitioner 14 olika definitioner av risk [Boholm 2019].

Till vardags blandas ofta betydelser som avser sannolikhet, konsekvens och en sammanvägd bedömning. Till exempel kan risk beskrivas som att risken för cancer är en på tusen, eller att det föreligger "risk för ishalka". I regel avses med risk något negativt. Om något positivt avses används oftast orden "chans" eller "möjlighet".

I fortsättningen kommer definitionen i figur 1 att användas, som avser att "risk är en händelse vars konsekvens påverkar ens verksamhet negativt". Även om ordalydelsen inte är exakt densamma, ligger denna definition väl i linje med den i Socialstyrelsens termbank: "risk = möjlighet att en negativ händelse ska inträffa".

Definitionen omfattar också att risker är en naturlig del av verksamheten, och att risktagande krävs för att nå resultat och verksamhetens mål.

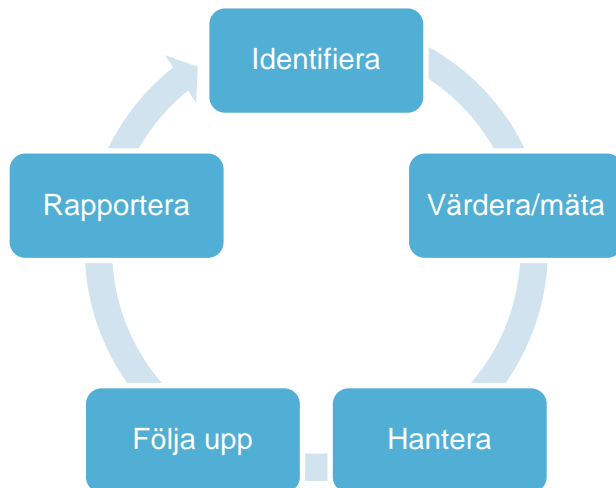
Definition: Risk definieras som en händelse eller situation som negativt påverkar verksamhetens förväntade resultat eller måluppfyllelse. Risk är en naturlig del av verksamheten där både riskbegränsning och risktagande krävs för att nå måluppfyllnad.

Figur 1: Definitionen av risk

1.2 RISKHANTERINGSPROCESSEN

För att åstadkomma ett strukturerat och systematiskt arbete med att hantera risk är ett sätt att arbeta med en process i fem steg:

- Identifiera
- Värdera/mäta
- Hantera
- Följa upp
- Rapportera



Figur 2: Riskhanteringsprocessen

Ambitionen är att processen ska vara kontinuerlig, återkommande och skapa lärande så att verksamheten successivt blir allt bättre på att hantera sina risker.

Ett annat skäl till att riskhanteringsprocessen ska ske regelbundet är det inte kan förutsättas att verksamhetens riskbild är konstant. Utöver daglig riskbedömning krävs mer samlade arbeten med riskhantering inför större förändringar, till exempel organisationsförändringar.

1. IDENTIFIERA

Ambitionen är att hitta samtliga risker, vilket kan vara svårt och nästintill omöjligt i de flesta situationer. Möjligheten att identifiera de viktigaste riskerna ökar dock om:

- så många som möjligt från flera olika delar av verksamheten involveras
- arbetet sker med en attityd att "inget är för litet eller för svårt att hantera eller beskriva"
- arbetet sker i workshopform.

Fortsatt arbete underlättas om man redan i detta steg kan kategorisera riskerna, dels för att identifiera vem som äger/kan påverka risken, dels för att systematisera uppföljning och återkoppling.

Exempel på kategorier kan vara (hämtade från försäkringsbolag och vård):

- Manuella fel - Risk för förlust till följd av oavsiktliga felaktigheter (t.ex. risk för felaktig utbetalning av pengar, risk för postoperativ infektion därför att antibiotikaproylax inte givits korrekt).
- Arbetsmiljö - Risker kopplade till brister i arbetsmiljö, inklusive social och organisatorisk arbetsmiljö (t.ex. risk för sjukskrivning för ryggbesvär till följd

- av felaktig arbetsställning, risk för sjukskrivning för ryggbesvär till följd av felaktig lyftteknik).
- Informationssäkerhet - Risk för förlust till följd av bristande skydd av sekretessbelagd information, riktighet och tillgänglighet av information (t.ex. risk att extern part får tillgång till sekretessbelagd företagsinformation, risk att utomstående får tillgång till sekretessbelagd journalinformation).
 - Fysisk säkerhet - Risk för förlust till följd av skada på fysiska tillgångar samt hot mot medarbetares säkerhet (t.ex. risk att medarbetare skadas av hotfull kund, risk att medarbetare skadas av hotfull patient/närstående).
 - Extern brottslighet - Risk för förlust till följd av att utomstående part begår brottsliga handlingar riktade mot verksamheten (t.ex. risk för bedrägeri mot bank/försäkringsbolag, risk för hacker-attack mot IT-system).

Vissa kategorier är allmängiltiga och finns i alla verksamheter, medan andra är mer branschspecifika.

2. VÄRDERA/MÄTA

Syftet med att värdera risker är dels för att jämföra med fastställda toleranser och limiter (limit = gräns vid vilken en åtgärd kan behöva vidtas), dels för att prioritera vilka risker som är störst. Det ger också ett värde på de risker vi i nästa steg inser att vi behöver acceptera, eftersom vi inte kan eller har resurser för att åtgärda dem.

Ett vanligt sätt att värdera risker är i form av sannolikheten att de inträffar och konsekvensen av om de inträffar. Som konsekvens används inte sällan ekonomiska mått, men kan också uttryckas i andra former, såsom påverkan på kundnöjdhet. I sjuk- och tandvård kan naturliga mått vara antal eller andel skadade eller avlidna till följd av skadan. Oavsett försöker man välja ett kvantitativt mått. Detta för att minska subjektivitet och otydlighet, och på så sätt öka transparensen.

Går det, är det att föredra att även uttrycka sannolikheten kvantitativt, exempelvis att det föreligger 5 % sannolikhet att något händer. I regel är det dock svårt att vara så exakt, och i stället får man göra en kvalitativ bedömning, vilken givetvis ökar subjektivitet och inte heller blir så transparent. Därför är det viktigt att vara flera personer när bedömningen görs och även vid behov ha möjlighet att göra en second opinion. Det är en fördel att använda så många olika datakällor och perspektiv som möjligt i denna process.

I arbetet med att värdera är det naturligt att även identifiera mitigerande (= riskreducerande) åtgärder som genomförs eller kan genomföras, och deras effekt. Med mitigerande åtgärder avses åtgärder för att antingen minska att risken inträffar eller för att helt eliminera risken. Det kan både handla om åtgärder som minskar sannolikheten att den inträffar och/eller konsekvensen. Då får man en riskvärdering före (= bruttorisk) och en riskvärdering efter (= nettorisk). Det är inte alltid det är möjligt att göra denna teoretiska uppdelning, men det finns stora poänger att göra det. Det synliggör vad som behöver göras för att mitigera risken och vad som ibland redan görs. Det underlättar uppföljning och rapportering och skapar ett aktivt riskhanteringsarbete.

En svårighet är att vi ofta har invanda arbetssätt som är riskmitigerande utan att vi tänker på det. Till exempel är det vanligt med dualitet (= två eller flera personer deltar i ett steg, ofta i form av att en person utför något, som en andra person sedan kontrollerar innan steget godkänns) i vissa hänseenden. Detta förekommer även i sjuk- och tandvård. Ursprunget är riskminimering, men efterhand har det blivit en del av verksamhetens ordinarie arbetssätt.

3. HANTERA

Syftet i detta steg är att hantera de risker som kan eller måste hanteras: De risker man inte hanterat accepteras, antingen för att de är små eller att de helt enkelt inte går att minska.

För att lyckas behöver alla risker ägas av en utsedd funktion i verksamheten. Helst ska personen/personerna i denna funktion ha möjlighet att påverka risken med konkreta aktiviteter. Ibland krävs större åtgärder som behöver planeras och prioriteras inom ramen för årlig verksamhetsplanering. Det kan till exempel avse större organisationsförändringar eller IT-investeringar.

Ett tips är att ha fokus på de effekter som åtgärderna innebär och vilka möjligheter det innebär. Det är annars lätt att se det bara som en kostnad och en pålaga. Till exempel kan ett extra kontrollsteg kosta i tid och resurser. Men det kan också innebära färre fel senare, som sammantaget sparar tid och resurser i verksamheten.

4. FÖLJA UPP

”Det som följs upp blir gjort” är ett uttryck som definitivt gäller i all riskhantering. Vi vill både mäta att riskhanteringsåtgärder blir genomförda och dess effekt. För att åstadkomma bästa resultat ska det vara en integrerad del av vår övergripande måluppföljning.

Syftet med uppföljning ska både vara för att följa upp och för att skapa ett lärande. Vad har vi bedömt rätt, och vad kan bli bättre i framtiden? Allt för att säkerställa ett kontinuerligt förbättrat riskhanteringsarbete.

5. RAPPORTERA

Slutligen ingår i arbetet med risk och riskhantering att rapportera till lämplig instans hur arbetet bedrivits, samt vilka effekter det haft. Detta kan för sjuk- och tandvårdens del handla om patientsäkerhetsberättelser på olika nivåer; för en enhet/klinik, för en förvaltning, eller för en region/kommun. Det kan också röra sig om rapportering till lokala eller nationella kvalitetsregister.

2. RISK OCH RISKHANTERING I SJUK- OCH TANDVÅRD

2.1 VARFÖR ARBETA MED RISK?

I patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 definieras patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada”, dvs. skydd mot att undvikbar skada ens inträffar. Även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges att vårdgivaren måste bedriva egenkontroll, med vilket avses bland annat riskinventering och riskidentifiering.

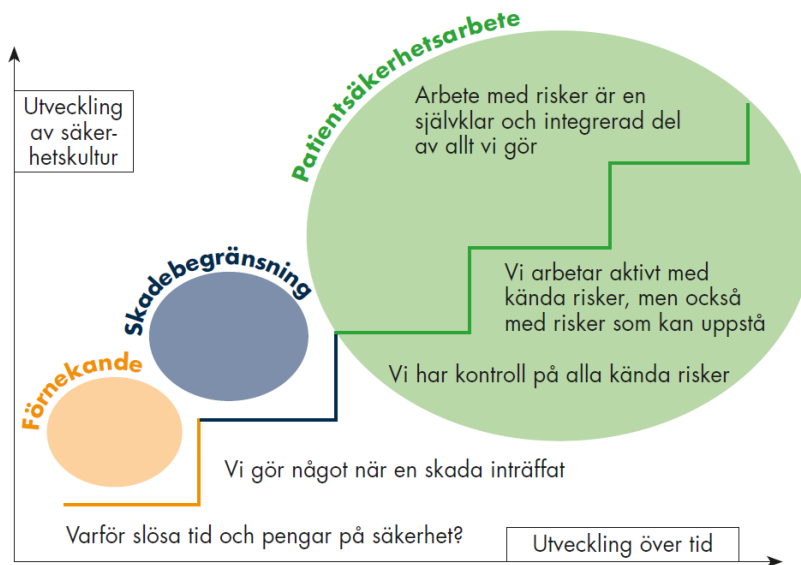
Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ”Agera för säker vård” beskriver tydligt vikten av ett arbete som syftar till att förhindra att skador uppkommer och att det krävs en hög riskmedvetenhet i dagens sjuk- och tandvård.

Arbete med redan inträffade skador är i denna strikta mening inte patientsäkerhetsarbete, utan snarare en form av skadebegränsning (minimera konsekvenserna av redan inträffad skada). Dock är det fullt rimligt att i begreppet patientsäkerhetsarbete även innefatta arbete med redan inträffade skador, givet

att lärdomar dras från inträffade skador och att dessa lärdomar används i riskvärdering och riskhantering.

Det enda sätt vi kan förhindra att en skada ens uppkommer, är att arbeta med risken att skadan uppkommer.

Vad är patientsäkerhetsarbete?



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.

Figur 3: Vägen till ett aktivt förebyggande patient säkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg. Källa: Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024, Socialstyrelsen.

Sjukvård har i jämförelse med många andra riskbranscher en förhållandevis svag tradition att analysera och arbeta med risk. Dessutom har traditionellt tyngdpunkten i sjukvårdens arbete med risk legat på att identifiera och värdera risk. Däremot har övriga delar av arbetet med risk – mäta, hantera och följa upp – inte alltid genomförts fullt ut, vilket medfört att effekten av genomförda riskanalyser inte alltid har uppnåtts. Denna del av texten beskriver i ett sjukvårdsperspektiv de fyra första stegen i arbetet med riskhantering. Steget om rapportering berörs inte här.

2.2 DEFINITION AV RISK

Risk kan som ovan beskrivits definieras på många olika vis, och vara både negativt och positivt. I patientsäkerhetssammanhang är dock risk alltid att betrakta som något negativt. En här användbar definition är:

en händelse eller situation som negativt påverkar verksamhetens förväntade resultat eller måluppfyllelse, i detta fall att en patient skadas undvikbart. Risk är en naturlig del av verksamheten där både risktagande och riskbegränsning krävs för att diagnos och behandling ska kunna ske.

Det är viktigt att inse att så fort en verksamhet gör någonting finns risk som en naturlig del av verksamheten. Uttrycket "riskfritt" är alltså i patientsäkerhetssammanhang missvisande – om vård ges förekommer risk för skada. Det enda sättet en verksamhet kan vara helt riskfri på, är att ingen vård

överhuvudtaget ges, då finns inte heller någon risk att just denna verksamhet skadar några patienter. Patienterna kan dock komma till skada av att de inte får vård, eller får vård någon annanstans.

Risk kan däremot kvantifieras i termer som exempelvis "låg-risk", "medium-risk" och "hög-risk", där termerna antyder medvetenhet om att risk förekommer och även att någon slags värdering har gjorts.

2.3 RISKHANTERINGSPROCESSEN I VÅRDSAMMANHANG

De fyra principerna (identifiera, värdera/mäta, hantera och följa upp) ska finnas i varje värdering av risk och riskhantering. Även om det praktiska genomförandet kan skilja sig åt, är principerna lika användbara för ett enskilt moment i en vårdprocess (till exempel beslut om att genomföra en operation), riskbedömning av ofta förekommande arbetsmoment (till exempel delning av läkemedel) som inför omfattande förändringar i en verksamhet (till exempel kartläggning inför ombyggnad av en hel operationsavdelning). Det som skiljer är arbetets omfattning, behov av dokumentation och tidsåtgång (se nedan).

2.3.1 IDENTIFIERA RISK

I detta steg kartlägger och kategoriserar representanter för verksamheten alla risker. Inga risker är "för små eller för stora eller för osannolika" i detta steg. Arbetet kan ske i grupp (inför större kartläggningar), men också av en enskild person inför ett enskilt moment i en vårdprocess. Särskilt i förändringsprocesser är en noggrant genomförd riskidentifiering av värde.

2.3.2 VÄRDERA/MÄTA RISK

Identifierade risker värderas i ett första steg avseende sannolikhet att risken löser ut, samt konsekvens av om risken löser ut. En lämplig modell är att använda fyra olika grader för sannolikhet respektive konsekvens enligt tabellen nedan och sedan multiplicera värdena.

Sannolikhet	Värde
Osannolik	1
Liten	2
Medium	3
Hög	4

Konsekvens	Värde
Liten	1
Beskedlig	2
Omfattande	3
Allvarlig/katastrofal	4

Om exempelvis sannolikheten för att en risk löser ut bedöms vara liten, men konsekvensen av om risken löser ut blir omfattande, fås värdena $2 \times 3 = 6$. På samma vis fås vid hög sannolikhet och liten konsekvens $4 \times 1 = 4$.

Detta värde kan sedan ytterligare värderas avseende sannolikheten för upptäckt. Om chansen är god att risken upptäcks i tid (exv. ett blodprov helt saknas eller felaktig utrustning där det är uppenbart under användning att utrustningen inte fungerar) kan faktorn 1 sättas, men om chansen för upptäckt är låg (t.ex. ett blodprovssvar finns men är felaktigt, eller felaktig utrustning där felet inte är uppenbart under användning), sätts faktorn till 2.

Ytterligare en faktor kan vägas in; om risken kan drabba flera patienter samtidigt eller bara en patient i taget. Exempel på risker som kan drabba flera patienter samtidigt är avsaknad av rutiner, dålig städning, undermålig ventilation och liknande, alltså faktorer som mer är av systemkaraktär. Exempel på risker som kan drabba bara en patient i taget är om bra rutiner finns, men dessa av någon anledning inte används för en enskild patient. Faktorn 1 kan sättas om bara en

patient riskerar drabbas, medan faktorn 2 kan sättas om flera patienter riskerar att drabbas systematiskt.

Se kapitel 3 för exempel som beskriver hur detta kan ske praktiskt.

Den så kallade bruttorisken räknas fram genom formeln "sannolikhet multiplicerat med konsekvens multiplicerat med upptäckbarhet multiplicerat med systemrisk".

I detta steg bör också avgöras den risknivå över vilken riskvärdet inte kan accepteras, och där således riskmitigerande åtgärder ska sättas in.

2.3.3 HANTERA RISK

Bruttorisken reduceras sedan genom att den multipliceras med en faktor som anger de riskreducerande åtgärdernas styrka. Tabellen nedan anger hur styrkan kan värderas.

Styrka	Faktor	Kriterier
Starka/effektiva	0,25	Riskanalys har gjorts, rutiner finns och följs, följsamhet till riskreducerande rutiner mäts, löpande uppföljning sker.
Effektiva	0,5	Flera men inte alla delar av ovanstående finns.
Svaga	0,75	Endast enstaka delar av ovanstående finns.
Inga	1	Riskreducerande åtgärder saknas.

Den så kallade nettorisken (= den risk som patienten faktiskt utsätts för) räknas alltså fram genom att bruttorisken multipliceras med en faktor som anger de riskreducerande åtgärdernas styrka. Om exempelvis bruttorisken är 12 och riskreducerande åtgärder saknas blir även nettorisken 12. En bruttorisk på 12, men där de riskreducerande åtgärderna bedöms som starka/effektiva, ger en nettorisk på 3.

Det är verksamheten som "äger" sina egna risker och ansvarar för att effektiva riskreducerande åtgärder sätts in. Det är också verksamheten som avgör vilka nettorisker som kan accepteras, samt hur uppföljning ska ske (enbart monitorering/bevakning eller behov av ytterligare åtgärder).

2.3.4 FÖLJA UPP RISK

I detta steg beskrivs hur återkommande uppföljning av risker och hantering av dessa ska ske. Uppföljning ska omfatta både utveckling av risker, men framför allt hur och i vilken grad riskreducerande åtgärder i verkligheten används. Slutresultatet ska vara en säkrare och bättre process, där riskanalys och riskhantering resulterar i färre undvikbara skador på patienten.

Således kommer mätetal att behöva vara av flera olika slag; 1) kvalitativa för att värdera ändamålsenligheten i riskreducerande åtgärder, 2) kvantitativa och kvalitativa processmått för att mäta hur riskreducerande åtgärder i verkligheten används, och slutligen 3) kvantitativa utfallsmått för att säkerställa att frekvensen undvikbara skador sjunker. Varje verksamhet behöver själva välja sina mätetal ur dessa tre grupper, men bör ha åtminstone ett mätetal i varje grupp.

3. RISKHANTERING I OLIKA VÅRDSITUATIONER

Här beskrivs hur de fyra principerna (identifiera, värdera/mäta, hantera och följa upp) finns med i olika vårdssituationer, men används på olika vis i olika situationer. Alla exempel är hämtade ur verkligheten.

I exemplen som rör enskilda patienter är metoden Riskanalys inte helt funktionell, medan den lämpar sig bättre vid införande av nya processer och större verksamhetsförändringar.

3.1 ENSKILD PATIENT

3.1.1 INFÖR BESLUT OM BEHANDLING/OPERATION

En läkare har ställt diagnos på en patient, och diskuterar nu med patienten ett operativt ingrepp. Man beslutar att ingreppet ska genomföras. Ingreppet är förknippat med vissa risker, dels de som finns för alla ingrepp, men det finns också risker vilka är specifika för både ingreppet och för den enskilda patienten.

Identifiera – Kliniken har stor vana att handlägga denna typ av patienter, och det finns utarbetade rutiner för hur en patient ska förberedas inför ingreppet. Läkaren bedömer att dessa rutiner är tillämpliga.

Värdera/mäta – Läkaren bedömer att inget i anamnes eller status motiverar någon undersökning utöver rutinförberedelser.

Hantera – Patienten genomför rutinundersökningar och rutinförberedelser inför ingreppet.

Följa upp – Innan patienten kommer in för själva ingreppet, kontrolleras att alla planerade undersökningar är utförda, och att inget föreligger som förhindrar att ingreppet genomförs som planerat. Kliniken följer löpande upp sina resultat, både genom lokal registrering och genom rapportering i tillämpliga kvalitetsregister.

3.1.2 BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR BEDÖMNING OCH BESLUT

En patient vårdas på intensivvårdsavdelning för omfattande skador, innefattande skallskada samt flera frakturer. En operation av några av frakturerna är planerad till dagen därpå. Sjuksköterskan som ska vårda patienten över natten får då hon börjar sitt pass klockan 21.00 en ordination av jourhavande neurokirurg att "göra ett status klockan 06.00 i morgon bitti och meddela mig resultatet, så kan vi bedöma om patienten tål de planerade ingreppen". Sjuksköterskan bedömer att vid den tidpunkten kommer hon att vara som tröttast efter natten och dessutom ha flera andra arbetsuppgifter att utföra, något som hon bedömer kommer att negativt påverka förutsättningarna för ett bra status, en bra bedömning och ett bra beslutsunderlag. Hon föreslår i stället att bedömningen görs av henne och jourhavande neurokirurg tillsammans klockan 23.00, något som blir fallet.

Identifiera – Sjuksköterskan har kännedom om arbetssituationen och om att människan efter en natts arbete fungerar sämre vad gäller perception och omdöme. Hon bedömer att detta riskerar leda till en sämre bedömning och därigenom ett sämre beslut än vad som behöver vara fallet.

Värdera/mäta – Sjuksköterskan gör ingen formell värdering av risken, utan bedömer att risken oavsett storlek är onödig att ta, då det finns ett säkrare

alternativ, vilket dessutom inte medför några extra insatser. Det finns dessutom fördelar med att göra bedömningen några timmar tidigare, och tillsammans med jourhavande neurokirurg.

Hantera – Bedömningen görs sju timmar tidigare och tillsammans med jourhavande neurokirurg och resulterar i att beslut fattas efter bedömningen att patienten är i operabelt skick, såvida inget nytillkommet tillstöter under natten.

Följa upp – Patienten monitoreras fortsatt under natten, och då ingen förändring sker under natten, sker operationen klockan 07.30 och kan genomföras framgångsrikt. Klinikerna, i detta fall både neurokirurgi och ortopedi, följer löpande upp sina resultat, både genom lokal registrering och genom rapportering i tillämpliga kvalitetsregister.

3.1.3 WARANBEHANDLING TILL MAN I HEMSJUKVÅRD

En man inskriven i hemsjukvård tar regelbundet PK-prov som led i Waranbehandling. Han bor ensam hemma och har dagligt stöd från kommunala insatser. Han behöver viss hjälp med ADL och dagliga rutiner, framför allt kopplat till minnesstörning efter stroke.

Identifiera – Ansvarig personal bedömer att risk finns för att mannen inte kommer att klara av att hålla ordning på sina kallelser till provtagning. Kallelser kommer per post hem till mannen.

Värdera/mäta – Då mannens Waranbehandling behövt korrigeras flera gånger den senaste tiden, bedöms risken för komplikationer som stor om kontroller uteblir.

Hantera – Mannens dotter bor relativt nära och har regelbunden kontakt med sin pappa. Hemsjukvårdspersonalen frågar mannen om de får informera dottern om tider för provtagning, så hon kan följa med eller ombesörja transport till vårdcentralen för provtagning. Dokumentation av detta sker i samtliga journaler.

Följa upp – En bevakning läggs i vårdcentralens journalsystem, och var 14:e dag kontrolleras att ordinerade PK prov är tagna.

3.2 ENSKILD PROCESS

3.2.1 DELNING AV LÄKEMEDEL PÅ VÅRDAVDELNING

En vårdavdelning dras med problem att felaktigt delade läkemedel ofta upptäcks. I de allra flesta fall upptäcks dessa innan patienten hinner få läkemedlet, men ett mindre antal allvarliga förväxlingar har inträffat.

En grupp medarbetare, huvudsakligen sjuksköterskor, men även en läkare och en undersköterska, träffas för att beskriva de största och allvarligaste riskerna de ser att läkemedel delas felaktigt. De beslutar sig för att förutsättningslöst beskriva alla tänkbara risker de kommer på vid hantering av läkemedel, både vid ordination, iordningställande och administration.

Identifiera – Gruppen kan på en timme ta fram en lista på över 30 olika risker vid iordningställande av läkemedel.

Värdera/mäta – Gruppen väljer att arbeta med de fem risker de bedömer mest frekventa samt med allvarligast konsekvenser, och tar i ett första steg fram bruttoriskerna;

- A. Risk att den som delar blir avbruten eller störd.

- B. Risk att läkemedel kan komma att stå på olika ställen i förrådet beroende på vem som packar upp leveransen från apoteket.
- C. Risk att oklarheter råder om hur vissa läkemedel ska iordningställas.
- D. Risk att apoteket levererar läkemedel i förpackningar som inte är skrivna på svenska språket.
- E. Risk att förväxling sker efter att läkemedel korrekt iordningställts, men delas ut till fel patient.

Risk #	Sannolikhet	Konsekvens	Upptäckbarhet	En / flera	Bruttonrisk
A	4	3	1	1	12
B	2	2	1	2	8
C	3	4	1	2	24
D	1	3	1	2	6
E	2	3	2	1	12

Hantera - Gruppen skattar därefter styrkan i sina riskreducerande åtgärder, och får då fram nettoriskerna.

Risk #	Bruttonrisk	Styrka riskreducerande åtgärder	Nettorisk	Kommentar
A	12	0,75	9	Rutiner finns, men används inte och störningar förekommer i stort sett dagligen.
B	8	0,25	2	Bra rutiner finns, och daglig kontroll att läkemedel står på rätt plats genomförs.
C	24	1	24	Individberoende hur man arbetar med saken, problemet uppfattas vara stort och allvarligt.
D	6	0,5	3	Problemet förekommer men inte ofta, och sjukhusapoteket har tagit fram översättningar.
E	12	0,25	3	Rutiner finns, och följs i de allra flesta fall, men inte alltid.

Gruppen beslutar att börja arbetet med riskerna C och A, och dessutom E. I korthet går arbetet ut på att:

- Gruppen tar fram noggranna instruktioner för hur de läkemedel som ska iordningställas med spädning eller annan åtgärd (tillsats) ska iordningställas. Dessutom undersöks möjligheten att införskaffa elektroniska hjälpmedel som Medmark eller liknande (risk C).
- Befintliga rutiner avseende läkemedel iordningställs ses över och uppdateras. Här beskrivs nu att den som delar läkemedel ska vara ensam i rummet, lägga telefonen utanför rummet, stänga dörren och enbart ägna sig åt att dela läkemedel (risk A).
- Märka läkemedelsmuggar korrekt, dvs. med namn, preparat och tid samt att märkningen ska sitta på själva muggen och inte på ett eventuellt lock (risk E).

Följa upp – Vårdavdelningen beslutar sig för att använda Gröna korset i sitt uppföljningsarbete. En gång per dygn ställs frågan om någon känner till någon avvikelse eller nära avvikelse inom ovanstående områden.

Om de nya rutinerna och arbetssätten införts fullt ut efter tre månader är gruppen enig om att höja styrkan i de riskreducerande åtgärderna ett steg, och i en andra uppföljning ytterligare ett steg. Samtidigt kommer man att bevaka alla normala källor för avvikelserapporter/klagomål. Gruppen beslutar också att om efter sex månader de nya arbetssätten fungerar som de ska, kommer man att arbeta vidare med fem andra risker från den ursprungliga listan.

3.2.2 DIAGNOSTISKA FEL OCH MISSTAG PÅ VÅRDCENTRAL

Diagnostiska fel och misstag är en skadetyper som framför allt förekommer i primärvård och på akutmottagningar, där skadetyper kan utgöra 20-40 % av alla vårdskador. Orsakerna kan vara både komplexa och mångfacetterade.

En vårdcentral har bestämt sig för att försöka komma till rätta med problemet. Data från kvalitetsregister och avvikelssystem ger ingen tydlig bild över hur vanligt förekommande skadan är på just denna enhet och inte heller tänkbara orsaker, varför man väljer att genomföra en seminarierie där de anställda, utifrån sitt perspektiv och sin vardag, får lyfta fram de största och allvarligaste riskerna de ser. Man har också en lista uppsatt i personalrummet under tre veckor, där anställda kan anteckna risker de ser för diagnostiska fel och misstag. Sammantaget resulterar detta i en lista med över 50 olika risker för denna skadetyper samt tänkbara orsaker.

Identifiera – En arbetsgrupp med representanter för alla personalkategorier utgår från denna lista med över 50 olika risker. Man grupperar riskerna, och väljer att i ett första steg fokusera på de risker med allvarligast utfall (oavsett hur ofta de nämnts) och de risker som oftast nämnts (oavsett hur allvarliga de är). Man tar i arbetet hjälp av SKR:s handbok för Riskanalys.

Värdera/mäta – Arbetsgruppen väljer att arbeta med de två allvarligaste och de två vanligast nämnda riskerna. Dessa bedöms och poängsätts var och en avseende Sannolikhet, Konsekvens, Upptäckbarhet samt om risken finns för alla patienter hela tiden eller för bara en patient åt gången. På så vis har gruppen tagit fram bruttorisker för fyra områden som anses särskilt angelägna:

- A. Risk att avvikande provsvar/undersökningssvar aldrig uppmärksammas.
- B. Risk att en remiss aldrig sänds i väg, eller att ett remissvar aldrig når den som skickade remissen.
- C. Risk att patienten/patienterna på grund av språksvårigheter inte kan förklara sina besvär, inte förstår vad som ska göras, när det ska göras och hur det ska göras.
- D. Risk att det redan i telefonmottagning/triaget sätts en tentativ diagnos, vilket sedan riskerar att färga senare bedömningar.

Risk #	Sannolikhet	Konsekvens	Upptäckbarhet	En / flera	Bruttorisk
A	2	4	2	2	32
B	1	3	1	2	6
C	3	3	1	1	9
D	4	2	1	2	16

Hantera – Arbetsgruppen skattar därefter styrkan i sina riskreducerande åtgärder, och får då fram nettoriskerna.

Risk #	Bruttonrisk	Styrka riskreducerande åtgärder	Nettorisk	Kommentar
A	32	0,75	24	Formell bevakning av svar förekommer bara ibland, och är delvis individberoende.
B	6	0,25	1,5	Bra rutiner finns.
C	9	0,5	4,5	Individberoende hur man arbetar med saken.
D	16	1	16	Inga riskreducerande åtgärder finns.

Gruppen beslutar att riskerna A, C och D är de man ska arbeta vidare med.

I korthet går arbetet ut på att:

- En formell (och inte individberoende) funktion inrättas där en person inleder arbetsdagen med att kontrollera att inkomna svar har uppmärksammats och hanterats (risk A).
- En rutin införs att alla patienter utlovas besked om svaret på ett prov eller en undersökning. Har besked inte kommit inom 2 veckor kontaktar patienten vårdcentralen (risk A).
- Ett enkelt formulär tas fram där läkare/sjuksköterska vid behov snabbt kan fylla i vad som ska göras och när (risk C).
- Sekreterare/sjuksköterska i telefonmottagning/triage slutar skriva diagnosförslag utan bara noterar symptom (risk D).

Följa upp - arbetsgruppen beslutar att efter 3 månader genom intervjuer och stickprov bedöma hur de nya rutinerna och arbetssätten fungerar. Dessutom börjar vårdcentralen använda Gröna korset, där man vid veckomötet för all personal aktivt efterhör om någon känner till något problem inom ovanstående 3 riskområden.

Om de nya rutinerna och arbetssätten införts fullt ut efter 3 månader är gruppen enig om att höja styrkan i de riskreducerande åtgärderna 1 steg, och i en andra uppföljning ytterligare 1 steg. Samtidigt kommer man att bevaka alla normala källor för avvikelserapporter/klagomål. Gruppen beslutar också att om efter 6 månader de nya arbetssätten fungerar som de ska, kommer man att arbeta vidare med 5 andra risker från den ursprungliga listan.

3.3 INFÖR STÖRRE VERKSAMHETSFÖRÄNDRINGAR

3.3.1 OMBYGGNAD AV OPERATIONSAVDELNING

Ett sjukhus står inför att modernisera sin operationsavdelning, inte minst för att lokalerna är slitna och inte längre bedöms uppfylla moderna krav på renhet.

Tidigt i projekteringen tas verksamhetens funktionskrav fram, och baserat på dessa görs också en riskbedömning. Denna följer i stort den process som presenteras i "Handbok för riskanalys" [SKR 2022] samt det som presenteras i dokumentet "Säkerställd renhet i vårdens lokaler", sidorna 13-21.

[<https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/sakerstalld-renhet-i-vardens-lokaler>]

Ett analysteam sätts samman med relevanta funktioner och inkluderar också patient. Möten bokas och en analysledare beskriver den planerade ombyggnationen. Tillsammans identifieras risker utifrån olika aktiviteter eller delområden i processen. Riskerna värderas sedan utifrån sannolikhet och konsekvens och ett val görs vilka risker som ska analyseras vidare. Under arbetet sker dokumentation i befintliga mallar. Beslut tas om att analysera samtliga risker som fått värdet 8 eller högre.

Nästa steg är att analysera bakomliggande orsaker till de utvalda riskerna och utifrån dessa ta fram åtgärdsförslag för att minska/eliminera risken.

Analysteamet träffas ett antal gånger och lämnar sedan ett resultat till ansvarig uppdragsgivare som är den person som slutligen fattar beslut om vad som ska göras för att resultatet av ombyggnaden ska vara så patientsäker som möjligt utifrån de risker som identifierats. Med ledning av ställda funktionskrav och utförd analys av risker och hur dessa kan hanteras, görs vissa förändringar i ursprunglig projektering av hur lokalerna ska se ut.

3.3.2 GEMENSAM AVDELNING (KOMMUN OCH SLUTENVÅRD) FÖR MEDICINSKT FÄRDIGBEHANDLADE PATIENTER

Situationen med medicinskt färdigbehandlade patienter som behöver ett kommunalt boende efter sin sjukhusvistelse är akut. Kommunens platser räcker inte till, vilket leder till ett minskat utflöde från sjukhusen vilket förvärrar situationen av tillgängliga vårdplatser inom slutenvård.

Ett förslag har inkommit att öppna en gemensam yta på sjukhuset (befintlig yta finns) som kan bemannas av sjuksköterska från slutenvården och omvårdnadspersonal från kommunen.

Då denna typ av samverkan inte förekommit tidigare och berör två olika vårdgivare finns ett antal utmaningar i den lösning som föreslagits. Det finns goda intentioner att genomföra detta och det finns intresserade personer både från slutenvård och kommun som sätts samman i en grupp för att identifiera risker.

Identifiera - En arbetsgrupp med förstalinjens chefer och sjuksköterska från slutenvården samt representanter från tre boende och undersköterskor från kommunen sätts samman och tar fram risker som värderas. Beslut tas att de risker som har allvarliga konsekvenser för patienterna måste hanteras innan uppstart, oavsett om de är vanligt förekommande eller inte. Strukturen för Riskanalys används [SKR 2022].

Värdera/mäta - Arbetsgruppen identifierar de 3 allvarligaste patientriskerna som kan uppstå:

- Patienter som inte är medicinskt färdigbehandlade läggs på vårdplatserna.
- Om patienter försämras blir det otydligt vad som gäller utifrån ansvarsfrågan.
- Personal saknas för att bemanna platserna.

Risk #	Sannolikhet	Konsekvens	Upptäckbarhet	En / flera	Bruttonrisk
A	3	4	1	2	24
B	2	4	2	2	32
C	4	4	1	2	32

Hantera - Gruppen skattar därefter styrkan i sina riskreducerande åtgärder, och får då fram nettoriskerna.

Risk #	Bruttonrisk	Styrka riskreducerande åtgärder	Nettorisk	Kommentar
A	24	0,25	6	Checklista måste skapas för inläggningskriterier och skrivas under av utskrivande läkare. Utan ifylld checklista kan inte patienter läggas på avsedda vårdplatser.
B	32	0,5	16	Skriva rutin vad som gäller då ett ökat vårdbehov infinner sig, måste innehålla tydliga kontaktvägar. Ett förändrat vårdbehov ska bedömas på basen av NEWS2-mätningar.
C	32	0,75	24	Skapa positiv arbetsmiljö, enheten leds av sjuksköterskor. Undersköterskor som tjänstgör från kommunen får introduktion på sjukhuset. Gemensam kickoff inför start.

Gruppen beslutar att börja arbetet med riskerna C och A, och därefter också B. I korthet går arbetet ut på att:

- Rekrytering av sjuksköterskor från slutenvård och undersköterskor från kommun. I detta arbete görs tillsammans med HR-funktionen en kartläggning av befintliga behov av olika yrkeskategorier.
- Ansvariga utses för att ta fram checklista, med involvering av läkare och sjuksköterska både från medicin och kirurgi.
- Rutin skapas gemensamt av kommun och slutenvård för vad som gäller om patient får ett förändrat vårdbehov.

Följa upp - Sammankallande grupp ansvarar för att planerade åtgärder är genomförda. När samtliga delar finns kan planering bli verklighet. Efter start av verksamhet bör ny riskvärdering göras utifrån de förutsättningar som finns på plats - givetvis gemensamt av kommun och slutenvård.

4. MÄTETAL OCH INDIKATORER

Mätetal avseende risk och hantering av risk kommer att behöva vara av flera olika slag; 1) huvudsakligen kvalitativa mått för att värdera vilka risker som identifieras samt ändamålsenligheten i riskreducerande åtgärder, 2) processmått för att mäta hur riskreducerande åtgärder i verkligheten används, och slutligen 3) utfallsmått för att säkerställa att frekvensen undvikbara skador sjunker. Varje verksamhet väljer själva sina mätetal ur dessa 3 grupper, och bör ha åtminstone ett mätetal i varje grupp.

4.1 EXEMPEL GRUPP 1

- Har verksamhetens väsentligaste processer riskvärderats? Kan uttryckas som "ja/nej", eller som andel av verksamhetens totala antal processer.
- När större förändringar i verksamheten planeras, är dessa riskvärderade ur patientens perspektiv? Kan uttryckas som "ja/nej" eller som andel av större förändringar vilka är riskvärderade.
- Vid framför allt större förändringar, är riskvärderingar gjorda i så tidigt skede att omplanering/omstrukturering är möjlig?
- När riskreducerande åtgärder föreslås och införs, är dessa sådana att de kan klassas som antingen "starka/effektiva" eller "effektiva"? Kan uttryckas som "ja/nej" eller som andel av verksamhetens samlade riskreducerande åtgärder vilka kan klassas som "starka/effektiva" eller "effektiva".
- Finns färdiga definitioner av vad som bedöms vara tillräckligt skiftande förutsättningar/störningar?
- Finns färdiga planer för hur anpassning till skiftande förutsättningar/störningar ska ske?
- Sker någon form av regelbunden avstämning ("huddles") för att bedöma förutsättningen att verksamheten kan hantera kommande 8/12/24-timmarsperiod?
- Finns färdiga rutiner för hur utlokaliserade patienter rondas, bedöms och får vård som skiljer sig så lite som möjligt från den vård de skulle fått om de inte var utlokaliserade?

4.2 EXEMPEL GRUPP 2 (PROCESSMÅTT)

- Mätt följsamhet till t.ex. basala hygienrutiner och klädregler.
- Andel patienter som genomgått fullständig utredning inför behandling eller operation.
- Andel patienter som har komplett och genomgången läkemedelslista.
- Andel patienter som vårdas enligt standardvårdplan för huvuddiagnos.
- Information som fångas via Gröna korset rörande för enheten relevanta risker/skador.
- Andel patienter som stryks från operationsprogrammet.
- Genomförda suicidbedömningar.
- Dokumenterade beslut om behandlingsbegränsning.
- Andel adekvata och uppdaterade PM/klinikrutiner.

4.3 EXEMPEL GRUPP 3 (UTFALLSMÅTT)

- Utfallsmått avseende specifik skada, exv. VRI, läkemedelsinteraktion, trycksår.
- Andel patienter som genomgår specifik utredning, behandling eller operation utan att drabbas av undvikbar skada/komplikation.
- Data ur kvalitetsregister.
- Information som fångas via riskrapportering i avvikelshanteringssystem.
- Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar.

5. REFERENSER/KÄLLOR

Boholm Å. Svenska myndigheters kommunikation om risk: vad, hur och varför? Statsvetenskaplig tidskrift, årgång 121, 2019/4.

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659.

<https://www.riksdagen.se/sv/patientsakerhetslag-2010659>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. <https://www.socialstyrelsen.se/om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/>

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/>

Utredning av risker – handbok för metoden riskanalys, 2022 SKR.

<https://skr.se/handbokformetodenriskanalys>

6. MALL FÖR BERÄKNING AV BRUOTORISK RESPEKTIVE NETTORISK

Mall för beräkning av bruttorisk (= den risk som föreligger utan riskreducerande åtgärder):

Sannolikhet				
Hög	4	8	12	16
Medium	3	6	9	12
Liten	2	4	6	8
Osannolik	1	2	3	4
	Liten	Beskedlig	Omfattande	Allvarlig/ katastrofal
	Konsekvens			

Bruttorisken kan sedan ytterligare multipliceras med 1 eller 2, både avseende chans för upptäckbarhet (1 för god chans, 2 för liten chans) och för om samma risk kan drabba en eller flera patienter samtidigt (1 för en patient, 2 för flera patienter).

Mall för beräkning av nettorisk (= den risk som patienten faktiskt utsätts för):

Styrka	Faktor	Kriterier
Starka/effektiva	0,25	Risicanalys har gjorts, rutiner finns och följs, följsamhet till riskreducerande rutiner mäts, löpande uppföljning sker.
Effektiva	0,5	Flera men inte alla delar av ovanstående finns.
Svaga	0,75	Endast enstaka delar av ovanstående finns.
Inga	1	Riskreducerande åtgärder saknas.

Den framräknade bruttorisken multipliceras med en faktor som beror på styrkan hos de riskreducerande åtgärderna. Om den framräknade bruttorisken är 16, och de riskreducerande åtgärderna bedöms som effektiva, blir nettorisken $16 \times 0,5 = 8$. Om i stället åtgärderna bedöms som starka/effektiva blir nettorisken $16 \times 0,25 = 4$.