



Utredning av vårdskada i Synergi Life

Bakgrund

[Patientsäkerhetslagen](#) (2010:659) 3 kap. innehåller beskrivning av vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, bla att vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Syftet med en utredning

Att så långt möjligt klarlägga händelseförloppet, identifiera de faktorer som påverkat samt ge underlag för beslut om åtgärder. Åtgärderna ska vara förbättrande, dvs åtgärder som kan hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller åtgärder som begränsar effekterna av liknande händelser om de inte helt går att förhindra.

Definitioner

Skada; lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall

Vårdskada; lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvård.

Allvarlig vårdskada; vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Utredningens omfattning

I Socialstyrelsen föreskrift och allmänna råd om [vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete](#) (HSLF-FS 2017:40), anges att utredningen av en händelse som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada ska ha en omfattning som anpassas efter händelsens karaktär och allvarlighetsgrad. En utredning ska som minst innehålla:

1. Uppgifter **om händelsen** samt **analysen och bedömningen** av den
2. Uppgifter om **hur kunskaper om händelsen och dess konsekvenser ska spridas** i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet
3. Andra uppgifter som behövs för att bidra till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
4. Uppgifter om de **åtgärder** som planeras med anledning av händelsen samt när de ska vidtas. Om händelsen inte har föranlett någon åtgärd ska detta motiveras.

Instruktion, vårdskadeutredning

Som en del av **faktainsamlingen** i en vårdskadeutredning ingår bl.a. att kontakta andra involverade vårdverksamheter, kontakta ev. involverade verksamheter med ett övergripande funktionsansvar (Lab, MT, Läkemedel osv), komplettera ärendet med felanmälan när det saknas, ta del av kunskapsläget inom berörda ämnesområden, ta del av aktuella rutiner, journalgranska, samtala med patient/närstående och direkt involverade medarbetare.

Samtal med berörda medarbetare görs med fördel i grupp då det kan vara mindre utpekande, man hjälper varandra komma ihåg och får en bättre helhetsbild. Om en medarbetare själv önskar individuellt samtal ska det förstås respekteras.

Det är inte obligatoriskt att begära in skriftliga yttranden i en vårdskadeutredning (kan upplevas repressivt eller att innehållet feltolkas av ärendehandläggare i brist på möjlighet att ställa följdfrågor). Skriftliga redogörelser kan dock användas när det är svårt att genomföra ett samtal inom rimlig tid efter det inträffade (r/t arbetsschema) eller om medarbetaren bytt arbetsplats (bemanningpersonal). Skriftliga redogörelser och anteckningar från samtal är arbetsmaterial och sparas inte.

Utredning och analys görs av ämneskunnig hälso- och sjukvårdspersonal. En-persons-utredningar ska undvikas så långt det går.

1. Utredning - Händelseförlopp

Vad hände?

Kort sammanfattning av händelseförloppet, i kronologisk ordning med en detaljnivå (ex per månad, vecka eller dag) anpassad utifrån det som inträffat. Utgå från faktainsamlingen. Inkludera relevant medicinsk historik samt de yttre förutsättningar som gällde vid händelsens inträffande: Fanns flera olika vårdgivare involverade? Skedde händelsen i en vårdövergång? Var patienten utlokaliserad? osv.

2. Utredning – Direkta orsaker

Hur kunde det hända?

Vilka felhändelser ser ni?

Denna del av utredningen görs i perspektivet *”med facit i hand”*. En felhändelse, en direkt orsak till det inträffade finns inte alltför sällan på individnivå men utredningen ska inte stanna där utan fortsätter med en orsaksanalys, för att identifiera de systemfaktorer som möjliggjorde det mänskliga felet. Läs om orsaksanalys under punkt 3.

Undantag: Ibland förekommer att en medarbetare uppvisat ett beteende (tex grov oskicklighet i yrkesutövning eller missbruk) som direkt påverkat händelseförloppet. En felhändelse med den bakgrunden hanteras av chef och HR enligt särskild rutin för *”individ som kan utgöra fara för patientsäkerheten”*. Dvs även om medarbetares beteende är en orsak, fortsätter man inte med en orsaksanalys som del av vårdskadeutredningen utan därifrån sker istället hantering som ett arbetsmiljö-/ medarbetarärende.

3. Utredning – Bakomliggande orsaker (BO)

Varför hände detta?

Vad hade kunnat stoppa felhändelsen från att inträffa, fanns relevanta barriärer och skydd? Gör en **orsaksanalys** med *Varför? – därför* metod. Efterfråga på grund av *Vad?* Inte på grund av *Vem?* På varje enskild *varför-fråga* kan det finnas ett eller flera *därför-svar*. När det inte är meningsfullt att ställa fler *varför-frågor*, avslutas orsaksanalysen.

Det sista *därför-svaret*, ska motsvara en eller flera bakomliggande orsaker (BO) på systemnivå.

En BO kategoriseras i fem orsaksområden. I en utredning ska alla fem områden beaktas. Ibland finns det inte orsaker inom varje område och ibland finns flera orsaker inom ett och samma. Bakomliggande orsak registreras och hanteras under flik Orsaker.

Orsaksområden

- Kommunikation och information
- Teknik, utrustning och apparatur
- Utbildning och Kompetens
- Omgivning och organisation
- Procedurer, rutiner och riktlinjer

UTREDNING

Händelseförlopp - **vad hände?** ?

Direkta orsaker - **hur kunde detta hända?** ?

Bakomliggande orsak (BO) - **varför hände detta?** ?

ORSAKER

Kommunikation och organisation

+ Lägg till orsak

Utbildning och kompetens

+ Lägg till orsak

Teknik, utrustning, apparatur och material

+ Lägg till orsak

Procedurer, rutiner och riktlinjer

RUTIN FINNS MEN GÅR INTE FÖLJA ...

Beskrivning ?

Flera flermoment som är ottydligt beskrivna

Anslut till ny åtgärd

+ Lägg till orsak

Omgivning och organisation

+ Lägg till orsak

4. Utredning - Förbättrande åtgärder

Hur förhindras att liknande inträffar igen?

En **förbättrande åtgärd** riktar sig direkt mot en eller flera BO. De förbättrande åtgärder som identifierats registreras under flik Åtgärder och godkänns av chef.

Minst en åtgärd bör vara <Mycket effektiv>, dvs som riktar sig mot system, inte individ. En eller flera mindre effektiva åtgärder (ex nya rutiner, mer utbildning, åtgärder som riktar sig mot individ) kan dock vara nödvändiga för att säkerställa yrkesskicklighet och förväntningar, men räcker troligen inte för att på lång sikt eller i tillräcklig omfattning öka säkerheten i vården.

Mycket effektiva åtgärder:

- Ändringar i enhetens fysiska utformning
- Användartestning av ny utrustning/produkt före köp
- Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning
- Förenkling av processen och minskning av antalet processteg
- Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner

Effektiva åtgärder:

- Förbättrad/standardiserad/utökad kommunikation/dokumentation
- Utökning av personal eller minskning av arbetsbörda
- Förbättringar och ändringar av mjukvara
- Minskning/eliminering av störningar
- Utbildning genom simulering med regelbundna repetitioner och utvärderingar
- Redundans (*fler som kan utföra något oberoende av varandra*)
- Eliminera saker med snarlikt utseende eller namn

Mindre effektiva åtgärder:

- Dubbelkontroller
- Visuella eller andra varningssignaler
- Nya riktlinjer, protokoll och policyer
- Undervisning/utbildning

ÅTGÄRD #1 ✕

* Typ av åtgärd

Åtgärdskategori

* Tilläggsinformation, beskrivning av åtgärd

* Åtgärdsansvarig enhet
 Användare ansvarig för åtgärd
 * Åtgärds senast

5. Utredning - Uppföljning

Hur planeras att kunskaper om händelsen och dess konsekvenser sprids i verksamheten?

När ska uppföljning göras? Hur bedöms om åtgärderna inneburit faktiska förbättringar med en ökad säkerhet i vården? På vilket sätt och till vilka medarbetare/ verksamheter ska erfarenheterna spridas? Här finns även möjlighet att kommentera om det finns delar av utredningen som bör fördjupas, om ytterligare information begärts men inte inkommit ännu osv.

Kommentera även om ni under utredningen identifierat medarbetare med behov av stöd i att hantera det inträffade (second victim problematik). Detta ska meddelas till medarbetarens närmsta chef.

Uppföljning dokumenteras under

- Flik Åtgärder

| | | |
|--|---|---------------------|
| Åtgärd för att förmildra orsaker Sök... | Datum för uppföljning/utvärdering YYYY-MM-DD | Målvärde, mätetal ? |
| Mätmetod ? Sök... | Effekt av vidtagna förbättringsåtgärder Sök... | |

- Flik Utredning

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarans analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet

Referenser

[Utredning av allvarlig vårdskada.](#)

Vägledning vid utredning, och handbok för metoden händelseanalys, Löf 2024

[Individer med riskbeteende,](#) Löf 2023

[The Second Victim Phenomenon: A Harsh Reality of Health Care Professions.](#) Patient Safety Network, 2011

Länkar

Manual – rapportera vårdärende i Synergi (dok-nr 87681)

Manual – handlägga vårdärende i Synergi (dok-nr 87682)