



Utredning av vårdskada

- i avvikelseformulär, Centuri 8

Bakgrund

[Patientsäkerhetslagen](#) (2010:659) 3 kap. innehåller vårdgivarens skyldigheter 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 som begränsar effekterna av sådana 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.

Utredning



Utredning - Beskrivning av önskad utredning

Önskad utredning

Mottagare är annan verksamhet involverad i händelsen och där orsak till det inträffade kan finnas.

Utredning - Beskrivning av utförd utredning

MAXANTAL TECKEN: 4000

Utförd utredning

Beskrivning av de utredningsåtgärder som genomförts. Ex journalgranskning för bedömning av undvikbarhet eller samtal med patient för bedömning av allvarlighetsgrad

Utredning - Beskrivning av utförd vårdskadeutredning

Vårdskadeutredning (enl. nedan)
 Händelseanalys (bifogas)
 Ingen

Utförd vårdskadeutredning

1) Vårdskade utredning.

Alla fält fylls i!

Ska göras när en skada bedömts vara **undvikbar** och sannolikhet x allvarlighetsgrad är ≥ 6 eller där allvarlighetsgrad enskilt är **3 eller 4**

Utredning - Händelseförlopp

2) Händelseanalys

Görs på uppdrag av VC, tex vid allvarlig vårdskada.

Metodiken beskrivs i handboken "*Utredning av allvarlig vårdskada*" (Löf).

Nitha (Inera) kan användas som systemstöd.

Resultat från händelseanalysen (tex analysgraf och handlingsplan från Nitha) ska bifogas avvikelseärendet när händelseanalysen är klar.

Utredning - Direkta orsaker

Utredning - Bakomliggande orsaker (BO)

Utredning - Förbättrande åtgärder

Utredning - Uppföljning

3) Ingen

Vårdskadeutredning har inte utförts

GODKÄNT AV
Tina Arenstig

GRANSKAD AV
Sara Both

GILTIGT FR O M
2024-12-02

Instruktion, vårdskadeutredning

Som en del av faktainsamlingen i en vårdskadeutredning ingår bl.a. att kontakta andra involverade verksamheter, 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 (mindre utpekande, hjälper varandra komma ihåg, ger 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 utredaren 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 (bemanningspersonal). 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 vecka, dag eller timma) 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/ organisatoriskt mellanrum? Var patienten utlokaliserad? Var ett IT-system, en apparat eller förbrukningsmaterial involverat? osv.

2. Utredning – Direkta orsaker

Hur kunde det hända?

Vilka felhändelser ser ni?

Denna del av utredningen görs i perspektivet ”med facit i hand”. De är vanligt att en direkt orsak till det inträffade finns på individnivå (dvs en felhändelse eller ett ”mänskligt fel” som direkt bidragit till händelseutvecklingen) men det betyder inte att utredningen är klar i och med det. Utredningen fortsätter med en orsaksanalys, vars syfte är att identifiera de systemfaktorer som möjliggjorde felhändelsen/ det mänskliga felet. Se punkt 3.

Ibland förekommer dock att en enskild medarbetare uppvisat ett riskbeteende (tex grov oskicklighet i yrkesutövning eller missbruk) som direkt påverkat händelseförloppet. Hantering av individ med riskbeteende sker i samarbete med chef och HR enligt särskild rutin (ingår ej i vårdskadeutredning).

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.

Orsaksområden

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

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 beskrivs i formulärets fritextfält. De beslutade åtgärderna markeras sedan även under avsnitt <Åtgärder> i slutet av avvikelseformuläret (kryssrutor och fritextfält).

Minst en åtgärd bör vara <Mycket effektiv>. Dvs vara en åtgärd som i mindre grad är beroende av att människor kommer ihåg rätt sätt att utföra en arbetsuppgift. En eller flera mindre effektiva åtgärder (ex nya rutiner, mer utbildning) 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
- Eliminera saker med snarlikt utseende eller namn

Mindre effektiva åtgärder:

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

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 även meddelas direkt till medarbetarens närmsta chef.

6. Utredning – information för begränsad spridning

Detta fritextfält är sekretesskyddat via behörighetsstyrning. Endast den handläggare/ utredare som är tilldelad avvikelseärendet kan se innehållet.

Här dokumenteras därför känsliga uppgifter som inte ska spridas, tex uppgifter om enskilda personer.

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

Introduktion – Handlägga avvikelseärenden, [Centuri dok-nr 76490](#)

Introduktion – Rapportera avvikelseärenden, [Centuri dok-nr 75149](#)