

Riktlinjer utarbetade för: Vård- och Omsorgsnämnden	
Kvalitetsområde: Hälso- och sjukvård	
Framtagen av ansvarig tjänsteman: Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Giltig f o m: 2019 06 01
Lagstiftning, föreskrift: HSL 2017:30, HSLF-FS 2017:40, HSLF-FS 2017:41, Patientsäkerhetslagen (2010:659), Patientlagen (2014:821), SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	

## Riktlinje – Riskhantering (Patientsäkerhet)

### Syfte

Riktlinjen syftar till att tydliggöra patientsäkerhetsarbetet och beskriva verksamhetens ansvar och roller kring riskhanteringen inom division social omsorgs (DSO) ansvarsområde. Riktlinjen ska vara ett stöd och anvisning i verksamhetens arbete med riskanalyser. Socialstyrelsen förtydligar kravet på det preventiva patientsäkerhetsarbetet och att det skall ske i samråd med patienten och närstående. Det vill säga att verksamheterna ska bedriva ett förebyggande och fortlöpande säkerhetsarbete genom riskanalyser.

### Omfattning

Riktlinjen gäller för all personal i både kommunal och privat verksamhet inom Vård och omsorgsnämndens (VON) ansvarsområde.

### Definitioner

**Patientsäkerhet** – skydd mot vårdskada, som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

**Risk**- möjlighet att en negativ händelse ska inträffa

**Tillbud** - händelse som hade kunnat medföra vårdskada

**Negativ händelse** - händelse som medfört vårdskada

**Avvikelse** - samlingsterm för negativa händelser eller tillbud som patient drabbas av i vård och behandling.

**Avvikelsehantering**- rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna

**Riskanalys** – systematisk identifiering och värdering av risker och dess orsaker i verksamheten, ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, utvärdera effekter av förbättringsåtgärderna, sammanställa och återföra erfarenheterna

**Händelseanalys** - systematisk identifiering av orsaker till negativa händelser som inträffat samt identifiering av möjliga förbättringsåtgärder.

**Vårdskada**- lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården

## **Ansvar**

### **Vårdgivare - Vård och omsorgsnämnden**

Har ett uttalat ansvar för patientsäkerhetsfrågorna i lagstiftningen och är dessutom ytterst ansvarig för all hälso-sjukvård som bedrivs inom nämndens ansvarsområde i kommunen och som även innefattar riskanalyshantering. Som stöd för detta arbete finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), verksamhetschef, enhetschef, kvalitetsutvecklare och systemförvaltare.

### **Divisionschef i DSO ansvarar för att:**

- initiera övergripande riskanalyser på divisionsnivå, vid förändringar i verksamheterna som påverkar patientsäkerheten
- årligen, tillsammans med divisionsledningen analysera sammanställning av genomförda riskanalyser i verksamheten och utifrån behov vidta åtgärder

### **Verksamhetschef i DSO ansvarar för att:**

- initiera övergripande riskanalyser på verksamhetsnivå, vid förändringar i verksamheterna som påverkar patientsäkerheten
- tillsammans med ledningen årligen analysera sammanställning av genomförda riskanalyser i verksamheten och utifrån behov vidta åtgärder

### **Verksamhetschef enligt HSL i DSO**

- ansvarar för utförande av hälso-och sjukvård i DSO
- säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och att säkerheten i vården tillgodoses.
- sammanställa genomförda riskanalyser i verksamheten till den årliga patientsäkerhetsberättelsen, vilka åtgärder som vidtagits samt hur förbättringsarbete planeras närmaste året
- upprätta rutiner för den lokala riskhanteringsprocessen samt leddider för hanteringen
- beskriva syftet med rapporteringsskyldigheten och dess funktion i verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete
- det finns rutin för att all hälso- och sjukvårdspersonal får information om skyldigheten att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada.
- informationen om rapporteringsskyldigheten ges både muntligt och skriftligt när en anställning eller ett uppdrag påbörjas och därefter återkommande

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

- Av VON utsedd befattningshavare som redogör för bedömning och total sammanställning av den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

### **Enhetschef ansvarar för att:**

- riktlinjen gällande riskanalys är känd och tillämpas på enheten
- personalens rapporteringsskyldighet av risker är känd
- personalen har utbildning i riskhantering
- planera och leda riskanalysarbetet
- dokumentera riskanalysarbetet
- årligen sammanställa genomförda riskanalyser på enheten till patientsäkerhetsberättelsen

### **Legitimerad personal ansvarar för att:**

- initiera och utföra riskanalys på individnivå utifrån varje professions ansvarsområde samt vid behov vidta åtgärder
- delta i riskanalyser som påkallas av enhetschef
- vid delegering informera om rapporteringsskyldigheten av risker

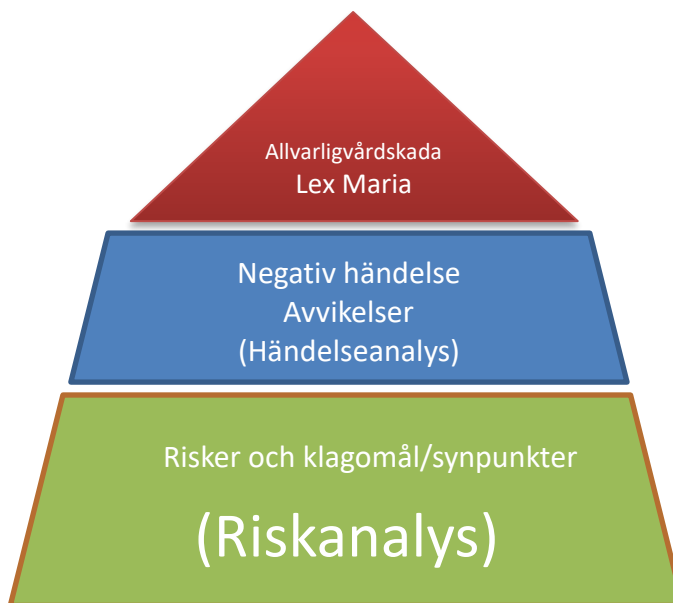
### **Alla medarbetare ansvarar för att:**

- uppmärksamma risker och kommunicera dem vidare till sin chef
- rapportera händelser och risker
- delta i riskanalyshanteringen

**Rapporteringsskyldighet gäller för samtliga medarbetare inom Vård och omsorgsnämndens ansvarsområde.**

### **Systemägare och systemförvaltare ansvarar för att:**

- stödja, utveckla och bevaka systemen IT-system



**Patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna** har fokuserat på att utreda och åtgärda avvikelser och allvarliga vårdskador, Lex Maria (blått och rött område i figur 1). Sedan årsskiftet 2018 har socialstyrelsen stärkt kravet på det preventiva riskarbetet (grönt område i figur 1), detta i samråd med patient och närstående.

### **Förebygg avvikelse genom riskanalys**

Riskanalyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa både i stort och smått i det dagliga arbetet och som i förlängningen kan ge patienten en vårdskada. Riskanalys skall användas som ett instrument i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Riskanalys kan genomföras på enhetsnivå, verksamhetsnivå eller på övergripande organisatorisk nivå. Riskanalyser kan även ske på individnivå t ex Senior Alert.

## Flödesbeskrivning

En riskanalys innehåller följande steg: Samtliga steg ska dokumenteras i mallen.

- **Initiera analys** - Beskriv anledningen till varför en riskanalys görs, syfte och mål.
- **Beskrivning av risk** - Specificera vilka risker eller händelser som kan inträffa och som på något sätt påverkar verksamheten, den enskilde eller medarbetare negativt. Beskrivningen av riskerna skall vara så tydliga och sanningsenliga att det är möjligt att bedöma sannolikheten för att de inträffar och vilka konsekvenser de får om de inträffar.
- **Identifiera risker** - Identifiera vad som kan gå fel och vilka konsekvenser det kan få, på både system- och individnivå. Systematisk genomgång av orsaksfaktorer som påverkar situationen/risken i grunden, orsakssammanhang bakåt i tiden.
- **Sannolikhet** - Bedöm sannolikheten för risken/riskerna med ett värde på mellan 1 och 4. Vid bedömning av sannolikheten för att någonting ska inträffa skall underlaget vara väl bearbetat. Om sannolikheten för att en händelse ska inträffa bedöms vara obefintlig eller mycket liten värderas den till 1 eller 2. Om sannolikheten är mycket stor att händelsen inträffar värderas den till 3 eller 4. Ju högre värde desto mer sannolikt är det att händelsen kan inträffa. Ange värde 1- 4.
- **Konsekvens** - Beskriv vilka konsekvenser risken/riskerna kan få. Konsekvenserna ska anges med ett värde mellan 1 och 4. Vid bedömning av konsekvensen ska hänsyn tas till vilken skada risken/händelsen kan orsaka. Om en händelse inte påverkar eller gör speciellt stor skada värderas den med ett lågt värde och om risken/händelsen är hotande, kan göra stor skada värderas den till ett högt värde. Ange värde 1-4.

## Riskmatris

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

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

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

Hur risknivå är anges med värdena låg, medel eller hög. Värdet tas fram genom att multiplicera sannolikheten med allvarlighetsgraden. Exempelvis om sannolikheten för att något ska inträffa är 3 och allvarlighetsgraden för det inträffade är 4 så blir summan 12.

Låg risk = 1-4

Medelrisk = 5-11

Hög risk = 12-16

- **Åtgärder för att minska/få bort risken** - Vilka åtgärder som vidtas ska dokumenteras. Utifrån den risknivå som händelsen värderats till ska åtgärder sättas in för att försöka undanröja alla risker eller om den inträffar så ska skadan minimeras. I en riskanalys kan det konstateras att nyttan överväger riskerna och då ska ställningstagandet beskrivas.
- **Ansvarig för åtgärder** - Ange vem eller vilka som är ansvariga för att vidta beslutade åtgärder. Ange även tidplanen för åtgärderna.
- **Metod för uppföljning** - Riskanalysen ska även beskriva metod för uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder. I dokumentationen ska det framgå vem som ansvarar för detta samt tidplan för uppföljning.
- **Utvärdering** - Vad är lärdomen, vad är förbättrat, ska tydligt vara dokumenterad samt hur detta delges andra. Det goda exemplet!
- 

En riskanalys behöver inte vara omfattande utan kan göras på mindre arbetsmoment och processer. Det kan vara en fördel att göra flera mindre analyser inom ett område än att göra en stor.

## **Exempel på anledningar till att genomföra en riskanalys**

### **Risker i befintlig verksamhet**

- Det finns frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en specifik arbetsprocess, exempelvis läkemedelshantering eller fallolyckor.
- Medarbetarna bedömer ett arbetsmoment eller en viss situation som riskfylld, exempelvis informationsöverföring.
- Tillbud eller negativa händelser har inträffat i en annan verksamhet och skulle kunna inträffa inom den egna verksamheten.
- Flera händelseanalyser har gjorts inom ett område men man bedömer att betydande risker kvarstår.
- I samband med delegering
- Återkommande irritationsmoment på enheten
- Datastrul
- Material som saknas
- Avsaknad av rutiner
- Ingen följsamhet till riktlinjer och rutiner

### **Legitimerad personal**

- Inför delegeringar
- Läkemedelshantering
- Handledningsbrist
- Tidsbrist

### **Inför förändringar**

- Ny teknik ska implementeras, exempelvis nya IT- stöd.
- En ny medicinsk metod, medicinteknisk produkt eller annan typ av ny process ska implementeras.
- Organisationsförändringar ska genomföras, exempelvis sammanslagning av olika verksamheter eller reducering av verksamhet under sommaren.

## **Risikanalyt med patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv**

Risker i arbetsmiljö kan i vissa fall påverka både personal och patienter och då kan en kombinerad riskanalys av patientsäkerhet och arbetsmiljö genomföras.

### **Patienter och närstående kan bidra med kunskap**

Patienter och närstående har erfarenheter och kunskap om vården som är ett viktigt komplement till vårdpersonalens kunskap. Resultatet av riskanalysen kan förbättras genom att involvera patienter och närstående. Överväg för- och nackdelar och på vilket sätt patienter och närstående kan medverka i riskanalysen när uppdraget formuleras. Återkoppling av riskanalyser skall göras till patienter och/eller närstående.

### **Patientens och närståendes synpunkter och klagomål på vården**

Att lämna synpunkter och klagomål på vården ger patienter och närstående möjlighet att själva rapportera in vad de tycker och vilka risker de ser. Detta bidrar till att verksamheten ytterligare kan utvecklas och förbättras i vårdkvalitet och patientsäkerheten. Verksamheterna ska ha rutin för hantering och information om hur patient och anhörig kan lämna synpunkter och klagomål på vården. Om patienter och närstående behöver hjälp med anmälan ska verksamheten kunna erbjuda hjälp.

*Riktlinje upprättad av  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Ann Gustafsson Nordblom  
Tarja Viitanen  
den 1 juni 2018  
Reviderad  
1 juni 2019*