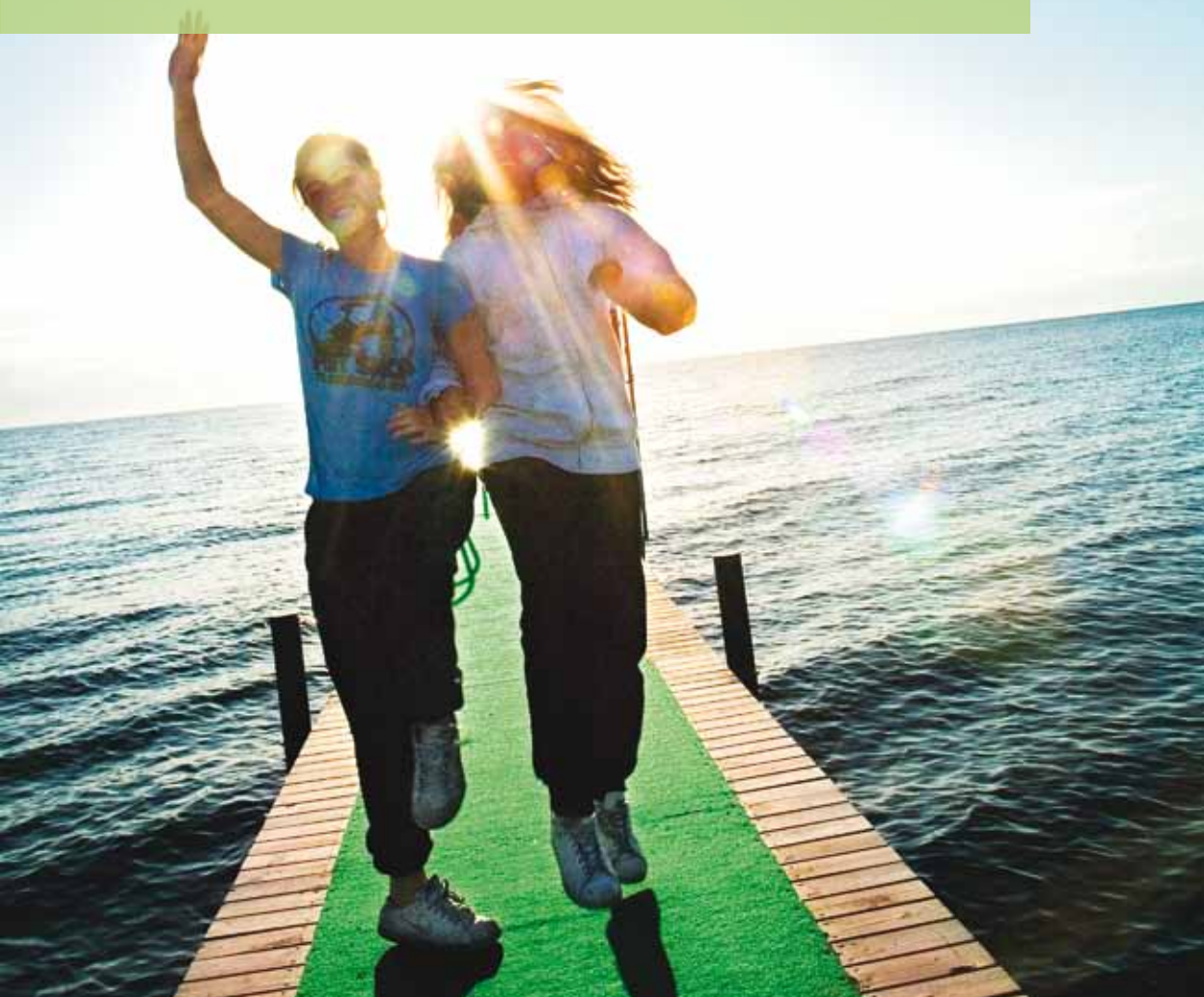


Modell för risk- och händelseanalys

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE INOM INDIVID-
OCH FAMILJEOMSORGEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Modell för risk- och händelseanalys

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE
INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORGEN

Upplysningar om innehållet:

Jenny Jakobsson, jenny.jakobsson@skl.se, 08-452 73 78

Sara Roxell, sara.roxell@skl.se, 08-452 78 98

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011

ISBN: 978-91-7164-733-7

Text: Jenny Jakobsson

Foto: Casper Hedberg, Folio/Lena Katarina Johansson (omslag),
Matton, Public Image/Lars Forstedt, Public Image/Tobias Berving,

Produktion: ETC Kommunikation

Tryck: Modintryckoffset, november 2011

Förord

Vi är många som blivit djupt berörda av de vittnesskildringar av samhällsvårdens mörka sidor som framställts i vanvårdsutredningar från Sverige och andra länder. Sedan två år tillbaka är Bättre stöd till utsatta barn en av SKL:s prioriterade frågor. *Modell för risk- och händelseanalys – Systematiskt förbättringsarbete inom Individ- och Familjeomsorgen* är en del i detta arbete. Fokusområden är samordning, effektivitet och säkerhet.

Det pågår ett intensivt förbättrings- och utvecklingsarbete i landets kommuner inom bland annat missbruksvården och den sociala barn- och ungdomsvården. Med denna modell för risk- och händelseanalys hoppas vi ge stöd till ett systematiskt verksamhetsbaserat lärande utifrån ett organisations- och systemperspektiv.

En av våra målsättningar är att bidra till att flytta fokus från ett syndabockstänkande till att se analysen av risker eller händelser som en del i att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst. Materialet är tänkt att användas för hela individ- och familjeomsorgen och riktar sig till chefer, verksamhetsansvariga och analysledare och ska fungera som ett stöd i analysarbetet. Modellen utgår från hälso- och sjukvårdens *Risikanalys och Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* och är anpassad för att tillämpas inom individ- och familjeomsorg, men kan förhoppningsvis ge inspiration och stöd för analys inom hela socialtjänsten. Jenny Jakobsson har omarbetat modellen med projektledning av Sara Roxell.

Många personer har bidragit med viktiga synpunkter. Vi vill särskilt tacka Åke Härstedt Malmö Stad, Petra West-Stenkvist Sjöbo kommun, Kicki Elofsson Stockholm Stad och Staffan Näslund Skellefteå kommun.

Vi hoppas att modellen kommer att bidra till att utveckla klientsäkerhetsarbetet i landets kommuner.

Stockholm i oktober 2011



Göran Stiernstedt
Avdelningsdirektör
Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 7 Kapitel 1. Inledning
- 7 Klientsäkerhet
- 10 Lagar och föreskrifter om säkerhet och kvalitet i socialtjänsten
- 13 Handbokens disposition

- 15 Kapitel 2. Förklaringar av centrala ord och begrepp

- 17 Kapitel 3. Riskanalys
- 19 Steg 1. Initiera en riskanalys
- 22 Steg 2. Samla in fakta
- 23 Steg 3. Utarbeta processbeskrivning
- 26 Steg 4. Identifiera risker
- 29 Steg 5. Bedöma riskens storlek
- 32 Steg 6. Identifiera bakomliggande orsaker
- 34 Steg 7. Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

- 39 Kapitel 4. Händelseanalys
- 41 Steg 1. Initiera en händelseanalys
- 46 Steg 2. Samla in fakta
- 49 Steg 3. Beskriva händelseförloppet
- 53 Steg 4. Identifiera de bakomliggande orsakererna
- 56 Steg 5. Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
- 61 Stöd till involverade efter en negativ händelse

- 63 Kapitel 5. Beslut, återkoppling och slutrapport

- 67 Kapitel 6. Förbättringsarbete

- 69 Referenser

- 71 Bilagor



Inledning

Klientsäkerhet

Vanvårdsutredningen (SOU 2011:61) konstaterar att samhällsvården, trots kritik och granskningar genom åren, inte har lyckats förbättra säkerheten för de barn som hamnar i samhällets vård.¹ Kunskapen om omfattande brister, försummelse och övergrepp inom socialtjänstens verksamheter, har inte tidigare lett till en konstruktiv diskussion om säkerhetsbrister inom socialtjänsten överlag. Missförhållanden som uppmärksammats har tenderat att förklaras som avgränsade händelser knutna till en viss tidsperiod, specifika verksamheter eller andra unika omständigheter, snarare än som konsekvenser av brister i socialtjänstens säkerhetsarbete, sett ur ett organisationsperspektiv.

Med säkerhet inom socialtjänsten avses i första hand *rättssäkerhet*. Säkerhet i betydelsen skydd för enskilda personers och gruppers säkerhet och hälsa, har omnämnts mer sällan och har inte heller någon central plats i lagstiftningen. I socialtjänstlagen (SoL) återfinns begreppet personlig säkerhet i bestämmelsen om bemyndiganden² och sedan 2009 även i bestämmelsen om Socialstyrelsens rätt att återkalla tillstånd.³ I lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), omnämns personlig säkerhet endast i paragrafen om särskilda befogenheter, där vård på låsbar enhet och i avskildhet motiveras ”om det är nödvändigt med hänsyn till

Not. 1. Vanvård i social barnvård – Slutrapport (SOU 2011:61) s. 291.

Not. 2. 16 kap. 10 § SoL.

Not. 3. 13 kap. 9 § SoL.

den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet”.⁴ I föreskrifterna om systematiskt kvalitetsarbete görs inte heller någon koppling mellan begreppen kvalitet och säkerhet för klienter inom socialtjänsten.⁵ Det saknas till och med ett vedertaget begrepp, typ ”klientsäkerhet”, för att benämna socialtjänstens aktiviteter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet och hälsa. Detta kan jämföras med patientsäkerhetsbegreppet som är centralt för allt arbete inom hälso- och sjukvården.⁶ Att lagstiftaren inte framhåller klientens säkerhet och att det saknas en gemensam terminologi för dessa frågor inom socialtjänsten, kan vara en delförklaring till att missförhållanden har uppfattats och hanterats som isolerade händelser, hellre än säkerhetsbrister som kan vara gemensamma för flera av socialtjänstens verksamheter.

Från individsyn till systemperspektiv

En annan förklaring till att information om missförhållanden inte har lyfts fram och generaliserats, kan vara ett motstånd från berörda medarbetare som känner ett personligt ansvar för det som skett.⁷ Denna problematik bottenar i att man inom socialtjänsten inte helt har övergått från individsyn till systemsyn i sättet att uppfatta och hantera fel och brister i verksamheterna.⁸ Utifrån ett individperspektiv betraktas misstag i första hand som en följd av en eller flera medarbetares slarv eller inkompetens. Med detta syndabockstänkande är inte frågan *varför* ett misstag har begåtts i fokus. Frågan blir istället *vem* eller *vilka* som ska ställas till ansvar och bära skulden för det inträffade. Systemtänkande innebär istället en insikt om att negativa händelser oftast orsakas av brister i rutiner, arbetsmiljö, bemanning, kommunikation eller organisation.

Systemperspektivet är grunden för ett effektivt kvalitetsarbete där organisationen och dess processer dokumenteras och analyseras. Utifrån dessa aktiviteter upprättas riktlinjer och rutiner, inte minst för hantering av fel och brister i verksamheten. Genom att systematiskt och regelbundet analysera systemet kan risker identifieras, förebyggande åtgärder vidtas och missförhållanden i verksamheten upptäckas på ett tidigare stadium och i högre utsträckning undvikas helt. Ett systemperspektiv möjliggör också för verksamheter och huvudmän att ta lärdom av både varandras misstag och goda exempel.

Det har hittills inte förekommit något systematiskt arbete för att analysera fall av missförhållanden inom samhällsvården med syfte att lära för framtiden.

Not. 4. 15b § LVU, 34 § LVM.

Not. 5. SOSFS 2006:11 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS*. Upphävs 2011-12-31.

Not. 6. Patientsäkerhetslag (2010:659), Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Not. 7. *Barnen som samhället svek - åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*, SOU 2011:9, s. 256.

Not. 8. Prop. 2009/2010:131, s. 21.

den.⁹ Lagstiftaren har inte heller ställt det som krav på den som bedriver individ- och familjeomsorg.¹⁰ Att det har saknats dokumenterade riktlinjer för att hantera fel och brister i organisationen framkom bland annat i 2010 års Öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården¹¹ samt i en sammanställning av tillsynen av missbruks- och beroendevården 2008–2010.¹² En rapport från 2011 visar också att hanteringen av fel och brister sker på olika sätt inom socialtjänstens verksamhetsdelar och att variationen är stor även mellan kommuner.¹³

Hälso- och sjukvården kan vara en lämplig erfarenhetskälla när det gäller utvecklingen av kvalitets- och säkerhetsarbete inom socialtjänsten. Hälso- och sjukvården definierar sig idag som en så kallad HRO-organisation (High Reliability Organisation), likt flyg- och kärnkraftsindustrin.¹⁴ Utmärkande för en HRO-organisation är bland annat hög säkerhet och beredskap, effektiv egenkontroll och att aktivt ta lärdom av begångna fel. Att identifiera, analysera och hantera de bakomliggande orsakerna till patientsäkerhetsrisker och vårdskador är centralt i det kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare skall bedriva enligt särskild lag.¹⁵

Större enhetlighet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Under de senaste åren har det vidtagits ett antal åtgärder för att uppnå större enhetlighet i kvalitets- och säkerhetsarbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Som exempel kan nämnas utvecklingen av nationella kvalitetsindikatorer och öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt Socialstyrelsens samordnade tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det sker också en utveckling mot större enhetlighet mellan regelverken. Sedan 1 juli 2011 gäller nya bestämmelser om Lex Sarah i SoL som i högre utsträckning liknar motsvarande bestämmelser i patientsäkerhetslagen (Lex Maria). Från och med 2012 gäller även nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete vilka är gemensamma för bland annat hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Not. 9. *Barnen som samhället svek - åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelser i samhällsvården*, SOU 2011:9, s.256.

Not. 10. I SOSFS 2006:11 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS är det i huvudsak bara allmänt råd inom individ- och familjeomsorgens område.

Not. 11. www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga 2011-06-01.

Not. 12. *Missbruks- och beroendevården. Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008-2010*, 2011, Socialstyrelsen.

Not. 13. *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen*, 2011. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Not. 14. *Risikanalyser & Händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.

Not. 15. Patientsäkerhetslag (2010:659).

Modell för risk- och händelseanalys

Metoden för risk- och händelseanalys som presenteras här är hämtad från hälso- och sjukvårdens *Riskanalys och Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete*,¹⁶ som i sin tur har inspirerats av metoden Root Cause Analysis (RCA).¹⁷ Erfarenheterna från hälso- och sjukvården är goda. Analysmetoden har i många vårdverksamheter blivit en etablerad del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.¹⁸

Modell för risk- och händelseanalys – Systematiskt förbättringsarbete inom Individ- och Familjeomsorgen är tänkt som ett verktyg i det praktiska arbetet med att klient- och kvalitetssäkra verksamheter inom socialtjänsten och kan med fördel användas vid utredningar av risker och missförhållanden enligt Lex Sarah. Skriften riktar sig till dem som leder det systematiska kvalitets- och klientsäkerhetsarbetet i kommunens socialtjänst och särskilt till dem med ansvar för att utreda och anmäla missförhållanden enligt Lex Sarah, men även till verksamheternas politikernämnd som är ytterst ansvariga för verksamheten.

Förutom att vara ett stöd i arbetet med att komma till rätta med risker och missförhållanden på lokal nivå, kan en nationell modell som denna bidra till en gemensam terminologi och ett mer systematiskt och enhetligt arbetssätt, vilket banar väg för att erfarenheter och kunskap enklare kan spridas mellan verksamheter och kommuner.

Lagar och föreskrifter om säkerhet och kvalitet i socialtjänsten

Metoden för risk- och händelseanalys som beskrivs ska ses mot bakgrund av de lagar och föreskrifter som anger krav på god kvalitet och systematiskt kvalitetsarbete i socialtjänstens verksamhet.

Kvalitetsparagrafen i SoL

I den så kallade kvalitetsparagrafen (3 kap. 3 § SoL) fastställs att:

”Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”

Not. 16. *Riskanalys & Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.

Not. 17. RCA har utvecklats av National Center for Patient Safety, Department of Veterans Affairs i USA. Det är en metod för risk- och händelseanalys som bl.a. används inom den engelska och danska sjukvården.

Not. 18. *Riskanalys & Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.

Kvalitetsbegreppet definieras inte vidare och lagstiftaren ger i övrigt begränsad vägledning när det gäller att bedöma enskilda verksamheters kvalitet. I förarbetet till kvalitetsparagrafen konstateras att: *”Kvalitet är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt”*. God kvalitet i socialtjänsten ges ingen entydig innebörd. Istället relateras kvalitet till olika faktorer som rättsäkerhet, tillgänglighet, den enskildes medinflytande och professionella aspekter som förhållningssätt och arbetsmetoder.¹⁹

Kvalitetsindikatorer

God kvalitet har också beskrivits i termer av att tjänsterna svarar mot målen i gällande lagstiftning.²⁰ Flera instanser har framfört vikten av att kvalitetsbegreppet i socialtjänsten förtydligas.²¹ I arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer i socialtjänsten²² presenterar Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting en operationell definition av kvalitetsbegreppet utifrån fem aspekter i SoL:

”God kvalitet i socialtjänstens verksamhet kan beskrivas i termer av att tjänsterna svarar mot de mål (lagar, förordningar och föreskrifter) som beslutas samt att de:

- *Bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet*
- *Utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet*
- *Är kunskapsbaserade och effektivt utförda*
- *Är tillgängliga*
- *Är trygga och säkra och präglas av rättsäkerhet i myndighetsutövningen”*

Systematiskt kvalitetsarbete

Förutom att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet, ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL). Från och med 1 januari 2012 gäller nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. De nya föreskrifterna omfattar hela socialtjänsten²³ och är, till skillnad från tidigare,

Not. 19. Prop. 1996/97:124 s. 52.

Not. 20. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (2008), Socialstyrelsen.

Not. 21. Prop. 2009/2010: 131 s. 25.

Not. 22. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten (2007), Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Not. 23. I tidigare föreskrifter och allmänna råd (2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS var det i huvudsak bara allmänt råd inom individ- och familjeomsorgens område.

gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS. Föreskrifterna konkretiserar innebörden av kvalitetsparagrafen och harmoniserar med andra bestämmelser i SoL, till exempel de om Lex Sarah.²⁴

Enligt föreskrifterna²⁵ ska:

- › huvudmannen inrätta ett ledningssystem
- › ledningssystemet identifiera, beskriva och fastställa de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- › rutiner utarbetas och fastställas för varje aktivitet
- › ledningssystemet omfatta ett systematiskt förbättringsarbete baserat på riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser
- › huvudmannen ta emot och utreda klagomål och synpunkter samt rapporter om missförhållanden och påtaglig risk för missförhållande
- › ledningssystemet vidta åtgärder och förbättra rutiner och processer utifrån erfarenheterna som görs i utredningen

Vidare föreskrivs huvudmannens skyldighet att se till att personalen arbetar enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet, liksom personalens skyldighet att medverka i kvalitetsarbetet. En grundläggande förutsättning för att detta ska fungera är att ledningen verkar för ett klimat som uppmuntrar och stödjer reflektioner och diskussioner om verksamhetens kvalitet och säkerhet.²⁶

Lex Sarah

Krav på den som bedriver socialtjänst att hantera risker och missförhållanden anges också i bestämmelserna om Lex Sarah.²⁷ Lex Sarah är benämningen på de paragrafer i SoL (och LSS) som reglerar skyldigheterna att rapportera och avhjälpa risker och missförhållanden inom socialtjänsten. I och med förändringarna av Lex Sarah 1 juli 2011 fick bestämmelserna en tydligare koppling till god kvalitet och systematiskt kvalitetsarbete i socialtjänstens verksamhet. Syftet med Lex Sarah är tvådelat: dels att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till, dels att bidra till att den enskilde får insatser av god kvalitet och att skydda den enskilde från missförhållanden.²⁸

Not. 24. 14 kap. 2–6 §§ SoL.

Not. 25. Enbart valda delar av föreskriften är återgivna.

Not. 26. *God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS* (2008) Socialstyrelsen.

Not. 27. 14 kap. 2–6 §§ SoL.

Not. 28. Prop. 2009/10: 131, s. 25, 32.

Enligt Lex Sarah²⁹:

- › Ska anställda (m.fl.) genast rapportera missförhållanden, eller påtagliga risker för missförhållanden, till den som bedriver verksamheten.
- › Ska den som bedriver verksamheten utan dröjsmål utreda, dokumentera och avhjälpa/undanröja missförhållandet eller risken.
- › Ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla till Socialstyrelsen om missförhållandet eller risken visar sig vara allvarligt

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om Lex Sarah anges kompletterande föreskrifter till bestämmelserna i SoL. Bland annat framgår att rutiner för skyldigheterna ovan ska fastställas och dokumenteras.³⁰ Kraven på utredningsförfarande enligt föreskrifterna om Lex Sarah återges närmare i kapitel 5.

Handbokens disposition

Handboken inleds med förklaringar av vissa centrala ord. Därefter presenteras metoden för riskanalys respektive händelseanalys. För att illustrera de praktiska stegen i analyserna används fallbeskrivningar. Respektive modell sammanfattas i ett flödesschema. I kapitlet om händelseanalys ingår ett stycke om stöd till involverade efter en negativ händelse.

Därpå beskrivs de processer som tar vid efter analysarbetet, det vill säga beslut om åtgärder och uppföljning samt att skriva en slutrapport. Avslutningsvis följer ett avsnitt om hur analysmodellerna kan kopplas till ett systematiskt förbättringsarbete.

Utöver handboken består materialet av:

- › Mall för analyschema vid riskanalys
- › Mall för slutrapport vid riskanalys
- › Mall för handlingsplan efter genomförd händelseanalys
- › Mall för slutrapport vid händelseanalys

Mallarna följer med materialet som bilagor och finns även för nedladdning på www.skl.se.

Not. 29. Enbart valda delar av Lex Sarah är återgivna.

Not. 30. 7 kap. SOSFS 2011:5.



Förklaringar av centrala ord och begrepp

Allvarliga missförhållanden

Utförda handlingar samt handlingar som någon av försummelse eller annat skäl har underlåtit att utföra, som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysisk eller psykiska hälsa (SOSFS 2011:5).

Anmälningsskyldighet

Skyldighet enligt 14 kap. 7 § SoL, för bl.a. socialnämnd, att vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden anmäla till Socialstyrelsen (SOSFS 2011:5).

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 (Socialstyrelsens termbank).

Egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem (SOSFS 2011:9).

Händelseanalys

Systematisk identifiering av orsaker till negativ händelse.

Ledningssystem

System för att fastställa principer för ledning av verksamheten (SOSFS 2011:9).

Missförhållande

Utförda handlingar samt handlingar som någon av för försummelse, eller av annat skäl, har underlåtit att utföra och som innebär, eller har inneburit, ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. (SOSFS 2011:5).

Process

Serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat (SOSFS 2011:9).

Påtaglig risk

En uppenbar och konkret risk för ett missförhållande (SOSFS: 2011:5).

Rapporteringskyldighet

Skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden enligt 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3 § SoL. Skyldigheten att rapportera gäller för den som är anställd, uppdragstagare, praktikant/under utbildning eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program (SOSFS 2011:5).

Risk

Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank).

Risکاناليس

Systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang (Socialstyrelsens termbank).

Riskanalys

Detta avsnitt är tänkt att fungera som handbok för medarbetare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg som vill göra en riskanalys på den egna verksamheten. Även om vi hoppas och tror att rapportinnehållet i övrigt kan vara intressant för dig som vill arbeta med riskanalys inom socialtjänsten, så ska detta kapitel fungera som en manual genom hela riskanalysprocessen.

Att analysera risker är ett proaktivt arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9.³¹ Skyldigheten att utan dröjsmål analysera och avhjälpa *påtagliga* risker för allvarliga missförhållanden regleras även i bestämmelserna om Lex Sarah.³²

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera de bakomliggande orsakerna och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Det finns flera metoder att använda vid riskanalys. Föreliggande modell har hämtats från hälso- och sjukvårdens *Handbok för patientsäkerhetsarbete*, som i sin tur har inspirerats av metoden Root Cause Analysis (grundorsaksanalys).³³ Erfarenheterna av att arbeta med riskanalys inom hälso- och sjukvården är mycket goda. Riskanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete.³⁴

Not. 31. 5 kap. 1, 7, 8 §§ SOSFS 2011:9.

Not. 32. 14 kap. 6 § SoL.

Not. 33. RCA är en metod för att utföra händelseanalyser som bland annat används inom den engelska och danska sjukvården.

Not. 34. *Riskanalys & Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.

En riskanalys kan göras på lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller på gemensamma processer i ett samarbete. Riskanalyser på övergripande nivå kan till exempel genomföras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Dessa analyser är ofta mer komplexa och tidskrävande.

Följande steg ingår i arbetsgången vid riskanalys:

- › Initiera analys
- › Processbeskrivning
- › Identifiera risker och bedöma dess storlek
- › Identifiera bakomliggande orsaker
- › Föreslå åtgärder och uppföljningsmetod
- › Slutrapport
- › Beslut om åtgärder och uppföljning

Steg 1. Initiera en riskanalys

Rutiner och ansvarsförhållanden för vem som kan initiera en riskanalys ska finnas dokumenterade i ledningssystemet och vara väl kända inom organisationen.³⁵ Beroende på vilken omfattning och inriktning analysen får och beroende på kommunens storlek, kan den som initierar analysen (uppdragsgivaren) finnas antingen inom en avdelning eller på ledningsnivå. En riskanalys behöver inte var omfattande. Det kan vara en fördel att göra flera mindre analyser inom ett område istället för en stor.

Riskanalys kan exempelvis vara befogad:

- › Efter frekventa iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess
- › Då medarbetare uppfattar att ett arbetsmoment är riskfyllt
- › När en ny metod eller teknik ska införas i verksamheten
- › Vid organisationsförändringar
- › Då negativa händelser har inträffat i en liknande organisation som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten
- › Då flera händelseanalyser har gjorts inom ett område, men betydande risker kvarstår

Not. 35. Jmf. 3 kap. 3 § och 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 samt 2 kap. 2 § SOSFS 2011:5.

När beslut tas om att genomföra en riskanalys bör uppdragsgivaren noga överväga att avgränsa uppdraget med hänsyn till processens storlek och antalet aktiviteter som ska analyseras. Analysuppdraget ska vara skriftligt och ställas till analysledaren. Det är viktigt att uppdragsgivaren beslutar och beskriver följande innan analysarbetet påbörjas:

- › Syfte och mål med riskanalysen
- › Vilken eller vilka processer som omfattas
- › Om analysen avser en befintlig process eller om den görs inför en förändring
- › När resultatet ska vara framtaget
- › Hur riskanalysen knyter an till enhetens övriga förbättringsarbete

Roller i analysteamet

Analysteamet kan vara permanent eller tillfälligt sammansatt. Fördelen med ett permanent team är att de sannolikt har tid avsatt för att genomföra analyser och de får större erfarenhet ju fler analyser de genomför. Analysteamet bör bestå av minst tre personer. Teamet ska besitta god kunskap om det område som ska analyseras.

Det rekommenderas att utse en person till varje roll även om en person kan ha olika roller och uppgifter i en analys. Uppdragsgivaren deltar inte nödvändigtvis i analysarbetet. Följande roller föreslås ingå i ett analysteam:

Uppdragsgivare (den som initierar analysen)

- › Klargör uppdraget och fördelar rollerna i teamet
- › Ansvarar för att analysteamet får tid avsatt
- › Ansvarar för att informera och förankra att en analys ska genomföras i verksamheten
- › Är mottagare av slutrapporten
- › Ansvarar för genomförande av åtgärder
- › Ansvarar för uppföljning av åtgärdernas resultat
- › Ansvarar för spridning av analysens resultat för ett lärande i organisationen
- › Ansvarar för att en anmälan om Lex Sarah görs till Socialstyrelsen

Analysledare (den som mottar uppdraget)

- › Har kunskap om analysmetoden, men inte nödvändigtvis kännedom om verksamheten
- › Leder analysteamet genom de olika analysstegen
- › Ser till att alla i teamet kommer till tals
- › Fördelar arbetsuppgifter så att arbetet fortskrider mellan mötena

Projektledare

- › Har god kännedom och kunskap om berörd verksamhet och dess innehåll
- › Ansvarar för att verksamhetens kunskap tillvaratas och beaktas i riskanalysen
- › Kallar till möten, bokar lokaler och förser teamet med nödvändigt material

Dokumentationsansvarig

- › Ansvarar för att dokumentationen (till exempel minnesanteckningar) rörande analysen utformas och sprids i teamet

Beräkna tidsåtgång

Analysgruppen kommer att behöva träffas regelbundet under en period vilket kan påverka de vanliga arbetsuppgifterna. Beroende på analysens art och storlek kan tidsåtgången variera kraftigt. Vanligtvis behöver teamet träffas två till fyra gånger och två till fyra timmar bör avsättas för varje träff. För analysledaren är tidsåtgången minst en arbetsvecka. Som nämndes tidigare behöver en riskanalys inte vara omfattande. Mindre analyser tar betydligt kortare tid.

I den beräknade tidsåtgången ingår teamets möten, insamling av faktauppgifter, eventuella intervjuer med berörda medarbetare samt tid för att sammanställa uppgifter och föreslagna åtgärder i ett rapportutkast. Uppdragsgivaren har i nästa steg att ta ställning till vilka beslut som skall fattas, ställa samman en slutrapport och återkoppla resultatet.

Påtagliga risker ska, enligt Lex Sarah, anmälas till Socialstyrelsen snarast efter att risken har upptäckts.³⁶ Utredningen av risken (rapporten) ska lämnas in till Socialstyrelsen så snart den har färdigställts och senast två månader därefter.³⁷

Not. 36. 14 kap. 7 § SoL.

Not. 37. 6 kap. 2 § SOSFS 2011:5.

Steg 2. Samla in fakta

Innan analysen startar ska de faktauppgifter som är nödvändiga för analysen tas fram.

Det kan till exempel vara:

- › rutin- och processbeskrivningar
- › dokumenterade riktlinjer
- › statistik
- › tidigare genomförda analyser

Vid analys av befintliga processer ska analysteamet ha god kännedom om dessa. Som komplement kan det vara bra att intervjua personer som arbetar i den process som ska analyseras. Vid analys inför en förändring krävs ofta mer faktainsamling. Då kan man till exempel ta fram uppgifter om nya arbetsrutiner, ändrad bemanning och kartor över nya lokaler.

Steg 3. Utarbeta processbeskrivning

Analysledaren kan redan inför teamets första möte ha tagit fram ett förslag till processbeskrivning som teamet sedan reviderar. Alternativt jobbar analysteamet fram beskrivningen gemensamt. Processbeskrivningen ska definiera var i processen analysen startar och slutar.

Processbeskrivningen ska innehålla:

- › Identifiering av processteg (huvudprocess, delprocesser och aktiviteter)
- › Numrering av processtegen

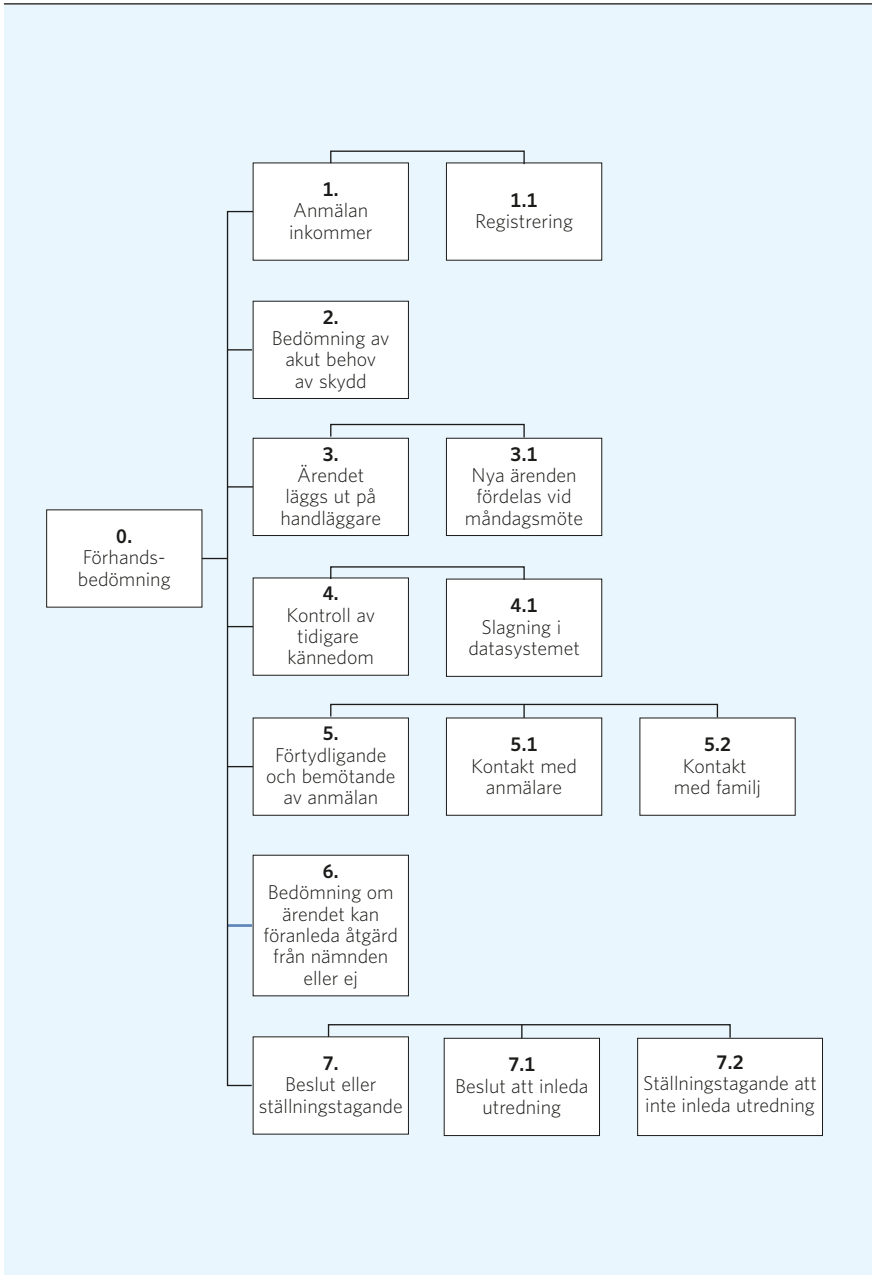
Det kan ibland vara en fördel att göra processbeskrivningen i två steg. Först en översiktlig beskrivning av verksamheten och sedan en detaljerad beskrivning av det område som ska analyseras. Då framgår hur processen som riskanalyseras relaterar till andra delar i en mer omfattande process.

Om det finns en skillnad i hur en process genomförs i praktiken och hur den borde genomföras enligt gällande riktlinjer, är det lätt hänt att teamet börjar beskriva hur processen borde fungera. Analysledaren har här en viktig uppgift i att få teamet att beskriva den faktiska processen så som den utförs. Aktiviteterna ska beskrivas i den ordning de utförs i verkligheten. Numrering av processen kan ske enligt figur 1.

I avsnittet om riskanalys används ett fall exempel ”Handläggningstid vid förhandsbedömning av inkommen anmälan” för att illustrera de olika analysstegen.

Riskbedömning: Handläggningstid vid förhandsbedömning av inkommen anmälan

FIGUR 1. Processbeskrivning med huvudprocess, delprocesser och aktiviteter.



Aktiviteterna förs över i ett analyschema (figur 2). Ett analyschema används för att på ett systematiskt sätt dokumentera och tydliggöra kopplingen mellan risker, bakomliggande orsaker och förslag på åtgärder. Analyschemat ligger med som bilaga 1 och finns som Excel-dokument för nedladdning på www.skl.se. Schemat kan utgöra en bas för det förbättringsarbete som tar vid efter att beslut har fattats om åtgärder.

FIGUR 2. Analyschema (formulär 1) med identifierade aktiviteter.

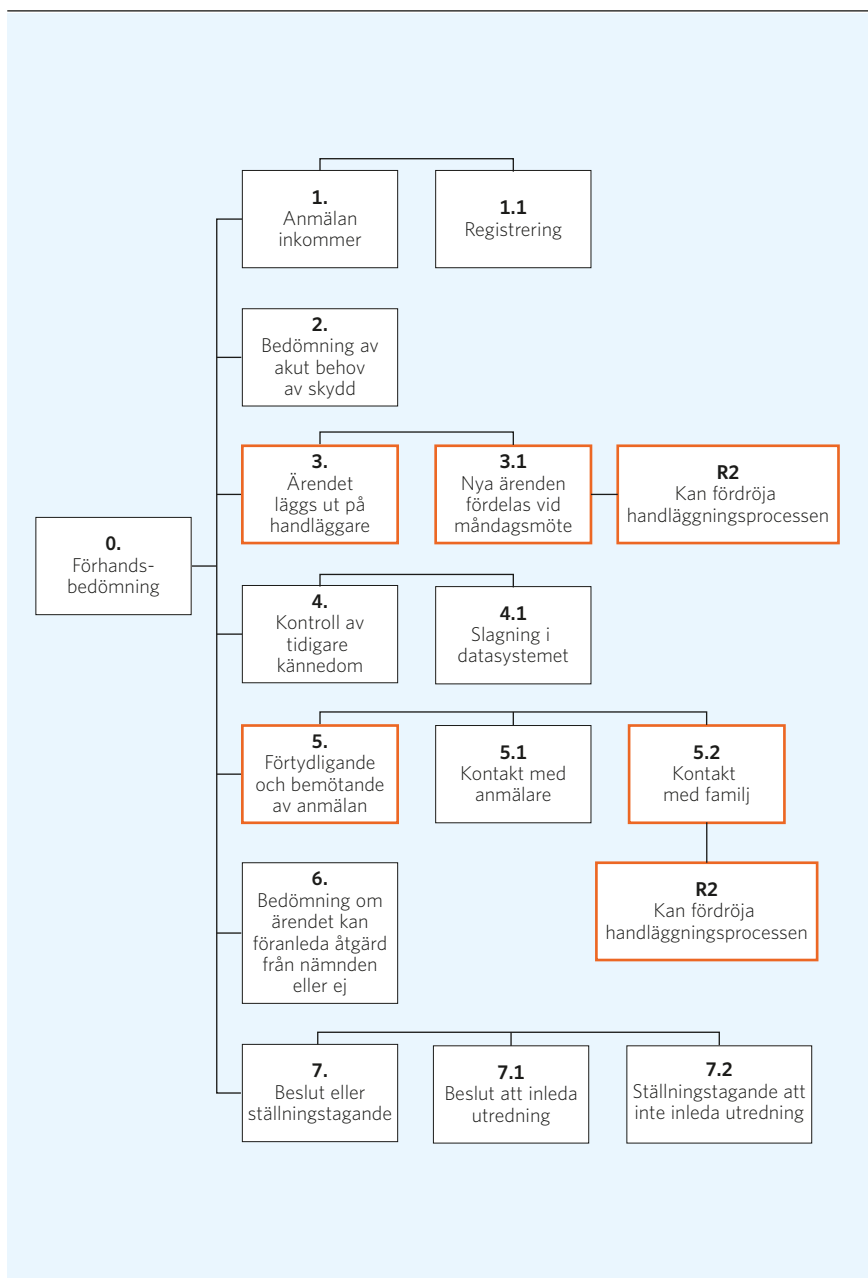
Delprocess/aktivitet		Risk		Poäng			Fortsätta analys
ID	Beskrivning	ID	Beskrivning	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Ja eller nej
1.	Anmälan inkommer						
1.1	Registrering						
2.	Bedömning av akut behov av skydd						
3.	Anmälan läggs ut på handläggare						
3.1	Nya anmälningar fördelas på måndagsmöte						
4.	Kontroll av tidigare kännedom						
4.1	Slagning i datasystemet						
5.	Förtydligande och bemötande av anmälan						
5.1	Kontakt med anmälaren						
5.2	Kontakt med familj						
6.	Bedömning						
7.	Beslut eller ställningstagande						
7.1	Beslut att inleda utredning						
7.2	Ställningstagande att inte inleda utredning						

Steg 4. Identifiera risker

Nästa steg är att identifiera risker, det vill säga möjligheterna för negativa händelser att inträffa. För varje delmoment frågar sig analysteamet vad som kan gå fel och vilka konsekvenser det kan leda till för klienten (figur 3). Enligt modellen för riskanalys finns fyra olika orsaksområden i systemet: kommunikation/information, utbildning/kompetens, arbetsmiljö samt processer/rutiner. Arbetet med att identifiera risker kan underlättas genom att tänka utifrån dessa orsaksområden.

Riskbedömning: Handläggningstid vid förhandsbedömning av inkommen anmälan

FIGUR 3. Processbeskrivning samt identifierade risker.



Riskerna numreras och förs in i analyschemat (figur 4). Varje aktivitet kan innebära en eller flera risker. För att analysen ska bli riktigt genomarbetad ska alla tänkbara risker tas fram utan att teamet i förväg tar ställning till orsaker eller åtgärdsförslag.

FIGUR 4. Analyschema (formulär 1) med identifierade aktiviteter och risker.

Delprocess/aktivitet		Risk		Poäng			Fortsätta analys
ID	Beskrivning	ID	Beskrivning	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Ja eller nej
2.	Bedömning av akut behov av skydd						
3.	Ärende läggs ut på handläggare						
3.1	Nya anmälningar fördelas på måndagsmöte	R1	Kan fördröja handlägningsprocessen				
4.1	Slagning i data-systemet						
5.	Förtydligande och bemötande av anmälan						
5.1	Kontakt med anmälaren						
5.2	Kontakt med familj	R2	Kan fördröja handlägningsprocessen				

Steg 5. Bedöma riskens storlek

Nästa steg i riskanalysen är att avgöra vilka risker (delprocesser/aktiviteter) som ska analyseras vidare. Riskens storlek ligger till grund för detta beslut. Storleksbedömningen görs genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet för inträffande.

En och samma risk kan medföra olika konsekvenser. Bedömning av riskens storlek kan därför behöva göras med utgångspunkt i varje identifierad konsekvens. Graderingen indelas i hög, betydande, måttlig och mindre. Nedan presenteras exempel på konsekvenser som vägledning i bedömning av allvarlighetsgrad.

TABELL 1. Exempel på konsekvenser för bedömning av allvarlighetsgrad.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser av risker (för klient) <i>Exempel på risker för klient i dygnsvård</i>
Hög (4)	Dödsfall/självmod Fysiska/sexuella övergrepp
Betydande (3)	Allvarlig skada/påtaglig risk för skada av klientens hälsa & utveckling - <i>upprepade psykiska övergrepp/kränkande behandling</i> - <i>annan vård inklusive allvarlig försummelse</i> - <i>betydande brister i vårdmiljön (missbruk, kriminalitet, våld etc.)</i> Förlängd vård/behandlingstid för tre eller fler två klienter* Betydande rättsosäkerhet för den enskilde såsom stora skillnader i handläggning, bedömning och beslut
Måttlig (2)	Risk för skada av klientens hälsa & utveckling - <i>tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen</i> - <i>tillfällig eller mindre allvarlig försummelse</i> - <i>otillräckligt stöd för att klara sig själv</i> Förlängd vård/behandlingstid för en eller två klienter* Viss rättsosäkerhet för den enskilde såsom mindre skillnader i handläggning, bedömning och beslut
Mindre (1)	Obehag för klienten, exempelvis som en följd av brister i handläggning

*Med förlängd vård/behandlingstid avses att kontakterna med klienten i myndighetsutövning eller öppenvård blir fler eller att tiden för behandling i slutenvård förlängs.

Sannolikhet för att en viss negativ konsekvens ska inträffa klassificeras som mycket stor, stor, liten eller mycket liten (tabell 2). I vissa fall kan det vara svårt att avgöra sannolikhetsgraden för en viss konsekvens, då får beslut om fortsatt analys ske utifrån allvarlighetsbedömningen.

TABELL 2. Sannolikhet för inträffande.

Sannolikhet för att negativ konsekvens ska inträffa	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen eller vid en av tre tillfällen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka eller vid en av tio tillfällen
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa en gång per år

När allvarlighetsgrad och sannolikhet är skattade används en riskmatris för att bestämma det numeriska värdet på riskens storlek. Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet får man fram riskens storlek (figur 5).

FIGUR 5. Matris för bedömning av riskstorlek.

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

Risker som skattas till 8 eller mer utgör en så stor risk att de bakomliggande orsakerna alltid bör identifieras. Då en risk värderas mellan 1–6 avgör teamet om analysen ska gå vidare. Värdet på riskens storlek är endast en vägledning. Teamet behöver överväga hur angeläget det är att ta fram åtgärdsförslag för respektive risk och inte bara låta det numeriska värdet avgöra. Riskstorlek och beslut om att fortsätta analys eller inte förs in i analysens schemat (figur 6).

FIGUR 6. Analysens schemat (formulär 1) med identifierade aktiviteter, risker, riskpoäng och beslut om fortsatt analys eller ej.

Delprocess/aktivitet		Risk		Poäng			Fortsätta analys
ID	Beskrivning	ID	Beskrivning	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Ja eller nej
3.1	Nya anmälningar fördelas på måndagsmöte	R1	Kan fördröja handlägningsprocessen	2	3	6	Ja
5.2	Kontakt med familj	R2	Kan fördröja handlägningsprocessen	3	3	9	Ja

Steg 6. Identifiera bakomliggande orsaker

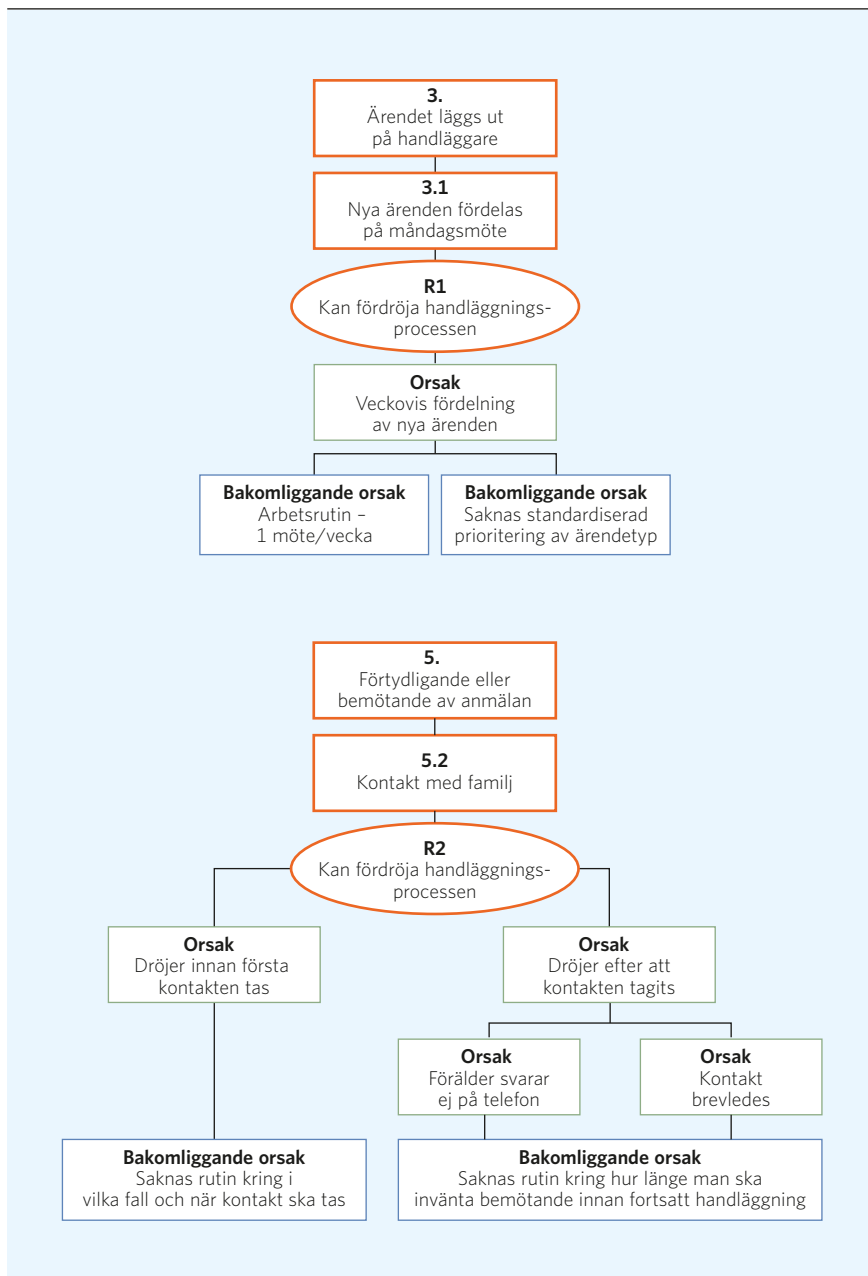
I detta steg identifieras de bakomliggande orsakerna till respektive risk som ska analyseras vidare. För varje risk frågar sig analysteamet ”varför...?”, ”därför att...”, ”varför...?”, ”därför att...” och så vidare (se även figur 12 sid. 51). För att säkerställa att inga orsaksområden utelämnas ställs följande frågor för varje identifierad risk:

- › Finns det brister i skriftlig och muntlig kommunikation?
- › Finns det brister i utbildning och kompetens?
- › Finns det brister i den fysiska och psykiska arbetsmiljön?
- › Finns det brister i processer och rutiner?

På detta vis skapas en kedja som leder fram till de bakomliggande orsakerna (figur 7). Orsakerna verifieras genom att analysteamet frågar sig: om denna orsak elimineras, begränsas eller bevakas, kan det förhindra eller minska risken att en händelse inträffar? Om svaret är ”ja” har den bakomliggande orsaken identifierats. De bakomliggande orsakerna skrivs in i analyschemat (figur 8).

Riskbedömning: Handläggningstid vid förhandsbedömning av inkommen anmälan

FIGUR 7. Identifierade risker, orsaker och bakomliggande orsaker.



Steg 7. Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

När de bakomliggande orsakerna till riskerna är identifierade utarbetar analysteamet åtgärdsförslag (se även figur 16) genom att fråga sig:

- › *Vad* vill vi åstadkomma? Vilken är vår målsättning?
- › *Vilka* förändringar kan leda till en förbättring?
- › *Hur* vet vi att en förändring är en förbättring?
Hur ska vi utvärdera effekterna?

Åtgärderna ska vara konkreta, realistiska och möjliga att genomföra inom en rimlig tidsram. De kan vara omedelbara, kortsiktiga eller långsiktiga. Nedan redogörs för exempel på åtgärder och deras kända effektivitet.

TABELL 3. Exempel på åtgärder. Modifierat från Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på klientsäkerhetskultur och klientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation/dokumentation	Dubbelkontroller
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning	Minskad arbetsbelastning	Visuella- eller andra varningssignaler
Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg	Användarvänligare IT-stöd	Nya riktlinjer, protokoll eller policys
Standardisering av processer och rutiner	Minnesstöd, t.ex. checklistor och lathundar	Undervisning/utbildning

Åtgärdsförslagen ska bedömas med hjälp av följande frågor:

- Är förslagen konkreta och realistiska?
- Går det att följa upp om åtgärderna får avsedd effekt?
- Har liknande åtgärder tidigare visat sig vara mycket effektiva, effektiva eller begränsat effektiva?
- Bygger åtgärderna på bästa tillgängliga kunskap?
- Kommer åtgärderna medföra att de bakomliggande orsakerna reduceras i tillräcklig utsträckning och tillräckligt fort så att liknande händelser inte hinner inträffa?
- Kommer åtgärderna medföra att personalen får tillräcklig hjälp att även i stressade situationer upprätthålla klientsäkerheten?
- Kan åtgärderna leda till nya risker inom eller utanför verksamheten?
- Kan åtgärderna leda till ökad komplexitet eller ökat antal steg i arbetsprocessen?
- Har åtgärdsförslagen diskuterats med och begripliggjorts för dem som berörs av förändringen?

Det ska också föreslås vem som ansvarar för att åtgärderna införs och när detta bör vara klart. Analysteamet ska sedan föreslå en metod för att följa upp åtgärderna. Exempel på metod kan vara enkäter, intervjuer eller enkel statistik. Uppföljningen ska kontrollera om åtgärden har genomförts och om den har fått önskad effekt. Förslagen på åtgärder och uppföljningsmetod skrivs in i analyschemats formulär 2 (figur 8).

FIGUR 8. Analysschema (formulär 2) med identifierade risker, bakomliggande orsaker samt förslag på åtgärder och metod för uppföljning.

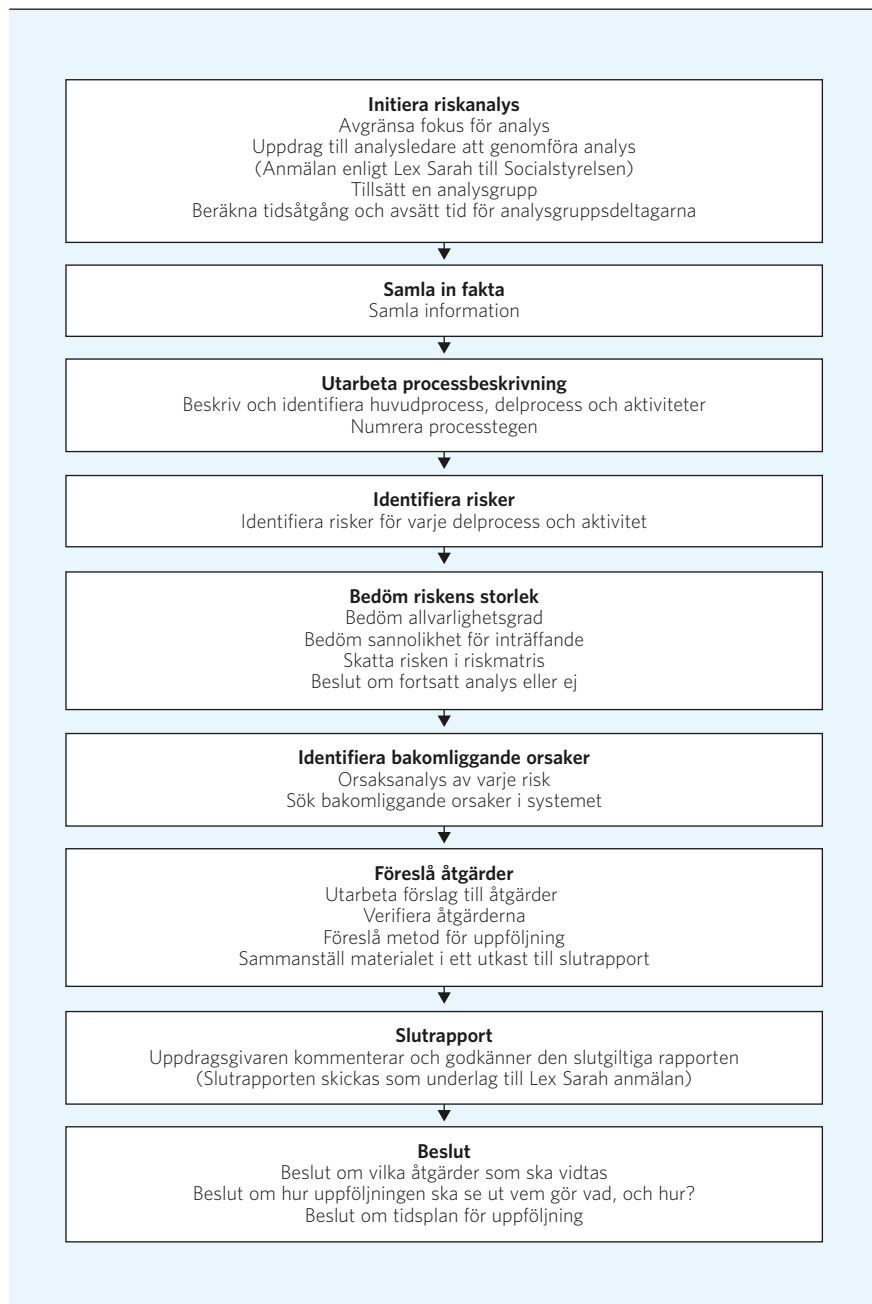
Risk			Bakomliggande orsaker	Åtgärdsförslag	Metod för uppföljning
ID	Beskrivning	Risk-poäng			
R1	Kan fördröja handlägningsprocessen	6	Arbetsrutin - ett möte per vecka	Införa två möten per vecka	Intervju med gruppchef
			Saknas standardiserad prioritering av ärenden	Ta fram checklista för bedömning av prioritet	Intervju med arbetsgrupp
R2	Kan fördröja handlägningsprocessen	9	Saknas rutin kring i vilka fall och när i tid kontakt ska tas för bemötande	Ta fram rutin kring vilka typer av ärenden som föranleder kontakt för bemötande	Statistik
			Saknas rutin kring hur länge man ska invänta bemötande innan fortsatt handläggning	Ta fram rutin kring maximal väntetid för bemötande innan fortsatt handläggning	

Analysledaren sammanställer ett utkast till slutrapport som summerar riskerna, dess bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag. Rapporten fungerar som ett beslutsunderlag för uppdragsgivaren. Därmed har analysteamet fullföljt sin del av riskanalysarbetet.

Uppdragsgivaren har sedan till uppgift att skriva en slutrapport och att besluta om åtgärder samt metod för uppföljning. Detta beskrivs vidare i kapitel 5 och 6. Uppdragsgivarens beslut samt vem som ansvarar för genomförandet av åtgärderna kan föras in i analysschemats formulär 2. På nästa sida sammanfattas modellen för riskanalys i ett flödesschema (figur 9).

Flödesschema riskanalys

FIGUR 9. Flödeschema för riskanalys.





Händelseanalys

Detta avsnitt är tänkt att fungera som handbok för medarbetare inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg som vill göra en händelseanalys i den egna verksamheten. Även om vi hoppas och tror att rapportinnehållet i övrigt kan vara intressant för dig som vill arbeta med händelseanalys inom socialtjänsten, så ska detta kapitel fungera som en manual genom hela händelseanalysprocessen.

När en händelse inträffat, som har inneburit ett allvarligt hot mot eller som har medfört (allvarliga) konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa, ska en händelseanalys genomföras.³⁸ Exempel på avvikelser som kan föranleda en händelseanalys är övergrepp, försummelser och andra brister i vård och behandling, allvarliga brister i dokumentation samt otillräcklig eller felaktig information mellan personal eller till klient.

En händelseanalys behandlar inte de åtgärder som vidtas enligt SoL, LVU eller LMV till skydd och stöd för den enskilde efter en händelse. Dokumentationen av händelseanalysen är inte att betrakta som en journalhandling. Detta eftersom innehållet inte syftar till att dokumentera klientens vård

Not. 38. Jmf. 14 kap. 6 § SoL, 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9.

och behandling, utan att åstadkomma klientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar. Slutrapporten av händelseanalysen är, när den upprättas i offentlig verksamhet, en allmän handling. Tänk därför på att utesluta personnummer och andra data som kan identifiera klienten samt namn och andra data som kan identifiera involverade medarbetare.

Analysen ger kunskap om hur och varför händelsen inträffade samt vilka förbättringsåtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser sker igen.³⁹ Det är viktigt att understryka att en händelseanalys inte syftar till att besvara frågor om vem och vilka som gjort fel. Syftet är att upptäcka brister i organisationen. Till exempel brister i kommunikation, arbetsmiljö, samverkan och rutiner.

Händelseanalys syftar till att besvara följande frågor⁴⁰:

- › Vad har hänt?
- › Varför har det hänt?
- › Hur förhindras en upprepning av händelsen?

Det finns olika sätt att utföra händelseanalyser beskrivna i litteraturen. Föreliggande modell har hämtats från hälso- och sjukvårdens *Handbok för patientsäkerhetsarbete*,⁴¹ som i sin tur har inspirerats av metoden Root Cause Analysis (grundorsaksanalys).⁴²

Arbetsgången vid händelseanalys består av följande steg:

1. Initiera analys
2. Samla in fakta
3. Beskriva händelseförloppet
4. Identifiera bakomliggande orsaker
5. Föreslå åtgärder och metod för uppföljning
6. Slutrapport
7. Beslut om åtgärder och uppföljning samt återkoppling av analys

Not. 39. Jmf. 5 kap. 7, 8 §§ SOSFS 2011:9.

Not. 40. Jmf. 5 kap. 2, 3 §§ SOSFS 2011:5.

Not. 41. *Riskanalys & Händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.

Not. 42. RCA är en metod för att utföra händelseanalyser som bland annat används inom den engelska och danska sjukvården.

Steg 1. Initiera en händelseanalys

Rutiner och ansvarsförhållanden för handläggning av allvarliga händelser, till exempel vem som kan initiera en händelseanalys, ska finnas dokumenterade i ledningssystemet och vara väl kända inom organisationen.⁴³ Beroende på vilken omfattning och inriktning analysen får och kommunens storlek, kan den som initierar analysen (uppdragsgivaren) finnas inom en avdelning eller på ledningsnivå.

Analysen bör initieras så fort som möjligt.⁴⁴ Helst inom två veckor och maximalt fyra veckor efter händelsen. Minnet av vad som skett bleknar ju längre tiden går.

För att bedöma om en händelseanalys ska genomföras eller inte kan en beslutsmatris användas (figur 10). Med hjälp av matrisen bedöms händelsens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att händelsen kan komma att upprepas. En händelse som *kunde* ha medfört allvarliga konsekvenser värderas på samma sätt som om den hade gjort det.⁴⁵ I första hand ska de händelser vars allvarlighetsgrad bedöms som hög eller betydande och där sannolikheten för upprepande bedöms som mycket stor, bli föremål för händelseanalys.

Not. 43. Jmf. 3 kap. 3 § och 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 samt 2 kap. 2 § SOSFS 2011:5.

Not. 44. Jmf. *utan dröjsmål* 14 kap. 6 § SoL, *omedelbara åtgärder* 3 kap. 1§ SOSFS 2011:5.

Not. 45. Jmf. *påtaglig risk för ett missförhållande* 14 kap. 6 § SoL

FIGUR 10. Matris som underlag vid beslut att utföra en händelseanalys eller inte.

Sannolikhet för upprepning	Allvarlighetsgrad				
		Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Hög (4)
Mycket liten (1)					
Liten (2)					
Stor (3)					
Mycket stor (4)					

Händelsens allvarlighetsgrad kan bedömas med hjälp av tabellen med exempel nedan (tabell 4). Där återfinns konsekvenser av händelsen i fyra nivåer, från hög till mindre. Om allvarlighetsgraden är hög, det vill säga att klienten har avlidit eller utsatts för fysiska eller sexuella övergrepp, är sannolikheten för upprepning oväsentlig. Varje sådan händelse ska utredas med hjälp av en händelseanalys. Exempelen är tänkta som vägledning. En professionell bedömning av allvarlighetsgraden måste naturligtvis göras i varje enskilt fall.

TABELL 4. Exempel på konsekvenser av en händelse för bedömning av allvarlighetsgrad.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser av händelser för klient under pågående insats (Exempel på missförhållanden i dygnsvård)
Hög (4)	Dödsfall*/självmod Fysiska/sexuella övergrepp
Betydande (3)	Allvarlig skada/påtaglig risk för skada av klientens hälsa & utveckling. - upprepade psykiska övergrepp/kränkande behandling - annan vanvård inklusive allvarlig försummelse - betydande brister i vårdmiljön (missbruk, kriminalitet, våld etc.)
Måttlig (2)	Risk för skada av klientens hälsa & utveckling/ förlängd vårdtid - tillfälliga eller mindre allvarliga brister i omsorgen - tillfällig eller mindre allvarlig försummelse - otillräckligt stöd för att klara sig själv
Mindre (1)	Obehag för klienten, exempelvis som en följd av brister i handläggning

*Jmf. Lag (2007:606) om utredningar avseende barn som har avlidit i anledning av brott m.m. (LuB). Syftet med lagen är ge underlag för förslag till åtgärder som förebygger att barn far illa. Utredningen ska också klarlägga samtliga förhållanden som har inneburit att det avlidna barnet har varit i behov av skydd och vilka åtgärder som har vidtagits eller kunnat vidtas för att skydda barnet. Förslag att i lagen ovan införa dödsfallsutredningar av vuxna som avlidit till följd av våld i nära relationer har framförts. (Lagrådsremiss 31 maj 2011).

Om beslutet blir att genomföra en analys är nästa steg att formulera ett skriftligt uppdrag till den som blir uppdragstagare, det vill säga analysledaren.

Roller i analysteamet

När beslutet är taget att en händelseanalys skall genomföras är första steget att sätta samman ett analysteam. Teamet kan vara permanent eller tillfälligt sammansatt. Fördelen med ett permanent analysteam är att de sannolikt har tid avsatt för att genomföra analyser och att de får större erfarenhet ju fler analyser de genomför.

Analysteamet bör bestå minst tre personer. Medlemmarna bör representera ett urval av de kunskaper och ansvarsområden som berörs av händelsen. En person som kan bidra med att beskriva händelseförloppet, men som inte var med i själva händelsen, bör vara med.

Medarbetare som varit direkt involverade i en allvarlig händelse bör inte delta i analysteamet. Det kan vara mycket känslomässigt belastande både för den involverade och för de övriga i analysteamet. Det är dock av största vikt att den eller de som är involverade blir intervjuade av analysteamet.

Det rekommenderas att utse en person till varje roll även om en person kan ha olika roller eller uppgifter i en analys. Uppdragsgivaren deltar inte nödvändigtvis i analysarbetet. Följande roller föreslås ingå i ett analysteam:

Uppdragsgivare (den som initierar analysen)

- › Klargör uppdraget och fördelar rollerna i teamet
- › Ansvarar för att analysteamet får tid avsatt
- › Ansvarar för att informera och förankra att en analys ska genomföras i verksamheten
- › Ansvarar för att klient/närstående informeras och att de erbjuds att bli intervjuade
- › Är mottagare av slutrapporten
- › Ansvarar för genomförande av åtgärder
- › Ansvarar för uppföljning av åtgärdernas resultat
- › Ansvarar för spridning av analysens resultat för ett lärande i organisationen
- › Ansvarar för att en anmälan om Lex Sarah görs till Socialstyrelsen

Analysledare (den som mottar uppdraget)

- › Har kunskap om analysmetoden men inte nödvändigtvis kännedom om verksamheten
- › Leder analysteamet genom de olika analysstegen
- › Ser till att alla i teamet kommer till tals
- › Fördelar arbetsuppgifter så att arbetet fortskrider mellan mötena

Projektledare

- › Har god kännedom och kunskap om berörd verksamhet och dess innehåll
- › Ansvarar för att verksamhetens kunskap tillvaratas och beaktas i händelseanalysen
- › Kallar till möten, bokar lokaler och förser teamet med nödvändigt material

Dokumentationsansvarig

- › Ansvarar för att dokumentationen (till exempel minnesanteckningar) rörande analysen utformas och sprids i teamet

Beräkna tidsåtgång

Beroende på händelsens komplexitet och art kan tidsåtgången för att genomföra en analys variera. I den beräknade tidsåtgången ingår händelsebeskrivning, intervjuer, genomgång av journaler, dokumenterade rutiner med mera, analysteamets möten och slutligen en sammanställning av uppgifter och föreslagna åtgärder i ett rapportutkast. Vanligtvis behöver analysteamet träffas två till tre gånger. Varje möte kan förväntas pågå i minst två timmar.

Uppdragsgivaren har i nästa steg att ta ställning till vilka beslut som skall fattas, ställa samman en slutrapport och återkoppla resultatet. En händelseanalys bör vara avslutad inom två månader efter att den startades. Anmälningar enligt Lex Sarah till Socialstyrelsen ska göras snarast⁴⁶ och utredningen lämnas in så snart den har färdigställts och senast två månader därefter.⁴⁷

En fallbeskrivning används för att illustrera händelseanalysmetoden. De aktiviteter som sker till stöd och skydd för klienten (utredning och beslut enligt SoL, polisanmälan etc.) beskrivs inte i modellen.

Not. 46. 14 kap. 7 § SoL.

Not. 47. 6 kap. 2 § SOSFS 2011:5.

FALLBESKRIVNING

En 11-årig familjehemsplacerad pojke berättar på måndag eftermiddag för sin lärare i skolan att han under helgen har utsatts för slag och knuffar av sin familjehemspappa. Läraren talar med rektorn som samma dag gör en skriftlig anmälan, enligt 14 kap 1 § SoL, till socialtjänsten via fax. Först på onsdagen upptäcks anmälan i socialtjänstens centrala fax.

IFO-chefen har enligt ledningssystemet mandat att initiera en händelseanalys när missförhållanden i verksamheten uppdagas. IFO-chefen gör bedömningen att händelsens allvalighetsgrad är hög. Utifrån att det generellt är svårt med insyn och kontroll av familjehemsvården och att man för ett antal år sedan hade ett liknande fall av övergrepp inom verksamheten bedöms också sannolikheten för upprepning som stor. Därmed beslutar IFO-chefen att en händelseanalys ska genomföras och formulerar ett skriftligt uppdrag om detta till kvalitetsutvecklaren inom socialtjänsten, som enligt ledningssystemet är analysansvarig i organisationen.

IFO-chefen har rollen som uppdragsgivare och deltar vid första mötet, men ej i själva analysarbetet. Kvalitetsutvecklaren är analysledare och till projektledare utses chefen för Barn och Ungdomssektionen (BoU). Två handläggare från BoU bjuds in i analysgruppen varav en utses till dokumentationsansvarig.

Projektledaren kallar till ett första möte med analysgruppen veckan efter att rollerna har fördelats. Ett arbetsschema görs och tidsåtgång-
en uppskattas till 4–5 veckor.

- ✦ **Vecka 1.** Analysgruppen träffas på måndagen för ett första möte på 2 timmar. Gruppen gör en genomgång av händelsen, en plan för insamling av information (vem gör vad) och en anmälan om Lex Sarah till Socialstyrelsen.
- ✦ **Vecka 1 och 2.** Fakta samlas in genom intervjuer och andra källor.
- ✦ **Vecka 3.** Analysgruppen träffas på måndagen i 2 timmar. Stämmer av och beslutar ev. att samla mer information.
- ✦ **Vecka 3.** Analysledaren sammanställer informationen och gör ett utkast till händelsekedja.
- ✦ **Vecka 4.** Analysledaren sammanställer allt material till ett rapportutkast som skickas till analysgruppen för kommentarer. Om kommentarer framkommer som förändrar resultatet kallar analysledaren till ett nytt möte.
- ✦ **Vecka 5 eller 6.** Slutrapporten skickas till uppdragsgivaren som kommenterar och skickar en kopia till Socialstyrelsen.

Steg 2. Samla in fakta

Fakta kring händelsen bör noggrant och omsorgsfullt samlas in. Ju mer information som finns tillgänglig, desto lättare blir det att framställa en uttömmande slutrapport. Det är viktigt att tänka på att avsaknad av information såsom bristande rutinbeskrivningar också behöver fångas upp.

Intervjua involverade personer

Intervjuerna ökar förståelsen för hur och varför händelsen inträffat. Intervjuerna bör ske i nära anslutning till händelsen så att personernas minnesbild är så aktuell som möjligt. Analysteamet avgör utifrån händelsen vilka personer som ska intervjuas. Förutom de direkt berörda medarbetarna bör indirekt inblandad personal med sakkunskap inom området intervjuas.

Även klient och i vissa fall närstående ska erbjudas att bli intervjuade.⁴⁸ Det kan vara lämpligt att uppdragsgivaren tillfrågar dem och samtidigt kort informerar om syftet med händelseanalysen. När det gäller barn måste en bedömning göras i varje enskilt fall hur intervjun kan genomföras på lämpligast vis. Till exempel kan vårdnadshavaren eller en stödperson vara med. Det är viktigt att klient och närstående, efter avslutad analys, underrättas om vilka åtgärder som analysen lett fram till.

Den första kontakten med en intervjuperson ska vara muntlig. Kontakt kan tas per telefon eller genom att personen söks upp. Intervjuerna bör sedan genomföras vid ett personligt möte. Den intervjuade bör få möjlighet att ta del av den nedskrivna intervjun i efterhand för att säkerställa att den som intervjuat har inhämtat alla uppgifter och uppfattat rätt.

Not. 48. Viktigt är att beakta reglerna om sekretess, eventuellt krävs samtycke från den enskilde för att informera närstående om händelsen.

Nedanstående punkter bör beaktas innan intervjuerna börjar:

- Överväg noga vem som bör intervjua vem (om händelsen är polisanmäld bör man i möjligaste mån ta hänsyn till de förhör som hålls med de inblandade).
- Boka tid och plats ett par dagar i förväg. På så vis skapas möjlighet till reflektion för de personer som ska intervjuas. Intervjuerna bör inte genomföras per telefon.
- Börja med att ställa en öppen fråga. Be personen beskriva händelsen och omständigheterna som rådde. Ställ följdfrågor om något är oklart.
- Fråga om något kunde ha varit till hjälp eller stöd för att påverka händelseförloppet. Denna fråga ställs för att få den intervjuade att reflektera över vad som kan förbättras.
- Fråga om det fanns något som kunde ha förhindrat att händelsen inträffade.
- Gör en kort sammanfattning av de viktigaste punkterna som har framkommit innan samtalet avslutas för att få en bekräftelse på att informationen har uppfattats korrekt.
- Dokumentera intervjun snarast efter samtalet och skicka dokumentationen till den intervjuade och be om synpunkter inom ett par dagar.

Telefon- och gruppintervju kan användas i vissa fall. Kompletterande information från en redan intervjuad person kan till exempel inhämtas via telefon. En gruppintervju kan genomföras med enhetens ledningsgrupp exempelvis då fakta kring en rutin i organisationen behöver samlas in.

Andra informationskällor

För att förstå händelsen och dess bakomliggande orsaker är det viktigt att inhämta information från flera olika informationskällor. Avgörande uppgifter kan till exempel finnas i klientens journaler, i beskrivningar av processer och rutiner i kvalitetsledningssystemet, i andra dokumenterade riktlinjer kring exempelvis samverkan och upphandling av vård, i uppdrag till vårdgivare, i vårdgivarens kvalitetsbeskrivning och så vidare.

Resultat av tidigare utförda händelseanalyser, inom den egna eller andra verksamheter, ska användas i syfte att lära av liknande händelser. Det kan också vara värdefullt att ta del av relevant lagtext samt litteratur om säkerhet och kvalitet inom socialtjänsten.

FÖLJANDE PERSONER INTERVJUAS:

- ‡ Ansvarig handläggare A
- ‡ Förste socialsekreterare BoU B
- ‡ BoU-chef C
- ‡ Pojken P
- ‡ Familjehemsmamma Y
- ‡ Familjehemspappa X
- ‡ Vårdnadshavare V
- ‡ Lärare L
- ‡ Rektor R

ANALYTEAMET GÅR IGENOM:

- ‡ P:s journaler från det senaste året
- ‡ Utredningen av familjehemmet
- ‡ Ledningssystemets processer och rutiner kring:
 1. Hantering av inkommande handlingar (post, fax, e-post m.m.)
 2. Utredningar av familjehem
 3. Kontakt med placerade barn under vårdtiden
 4. Skriftlig information till placerade barn
 5. Stöd och hjälp till familjehem
 6. Introduktion till nyanställda
 7. Spridning och förankring av ledningssystemets rutiner
- ‡ Översikt av metoder för utbildning och handledning av familjehem
- ‡ Eventuella tidigare händelseanalyser i verksamheten
- ‡ Lex Sarah rapporter av likande fall via Socialstyrelsen
- ‡ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Steg 3. Beskriva händelseförloppet

Analysarbetet börjar med att analysledaren utarbetar ett utkast till text och händelsekedja utifrån den information som insamlats. Analysteamet diskuterar utkastet och tillför detaljer som framkommit vid insamlingen av fakta.

Informationen i händelsekedjan ska vara detaljerad, men utan värderingar.

Beskrivningen av händelsen ska tydligt visa sambandet mellan orsak och verkan:

- ✗ Fel: Handläggaren var stressad
- ✓ Rätt: Handläggaren hade många pågående ärenden som hon/han var ensam ansvarig för vilket ökade risken för att misstag kunde ske

Varje mänskligt fel ska ha en eller flera bakomliggande orsaker:

- ✗ Fel: Handläggaren erbjöd inte barnet ett enskilt samtal vid uppföljningsmötet
- ✓ Rätt: Det saknas rutiner om att alltid erbjuda placerade barn enskilda samtal vid uppföljningsmöten

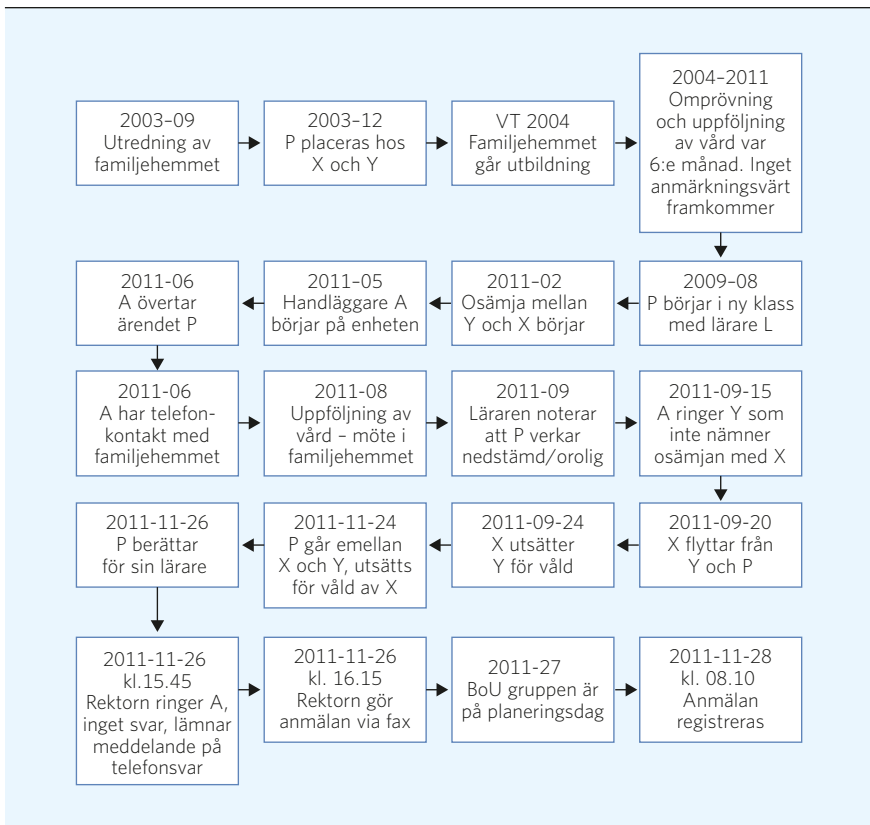
Att inte följa en rutin är inte en bakomliggande orsak då själva överträdelsen har en orsak:

- ✗ Fel: Handläggaren hade inte tagit del av rutinerna
- ✓ Rätt: Enhetens rutiner var inte tillräckligt spridda och kända i verksamheten

Händelseförloppet beskrivs i ett diagram där händelserna läggs ut på en tidskala och streck dras mellan händelserna i den ordning de inträffat. Förloppet kan antingen ritas upp på en whiteboard-tavla eller så skrivs varje delhändelse ned på en post-it lapp och klistras upp på tavlan.

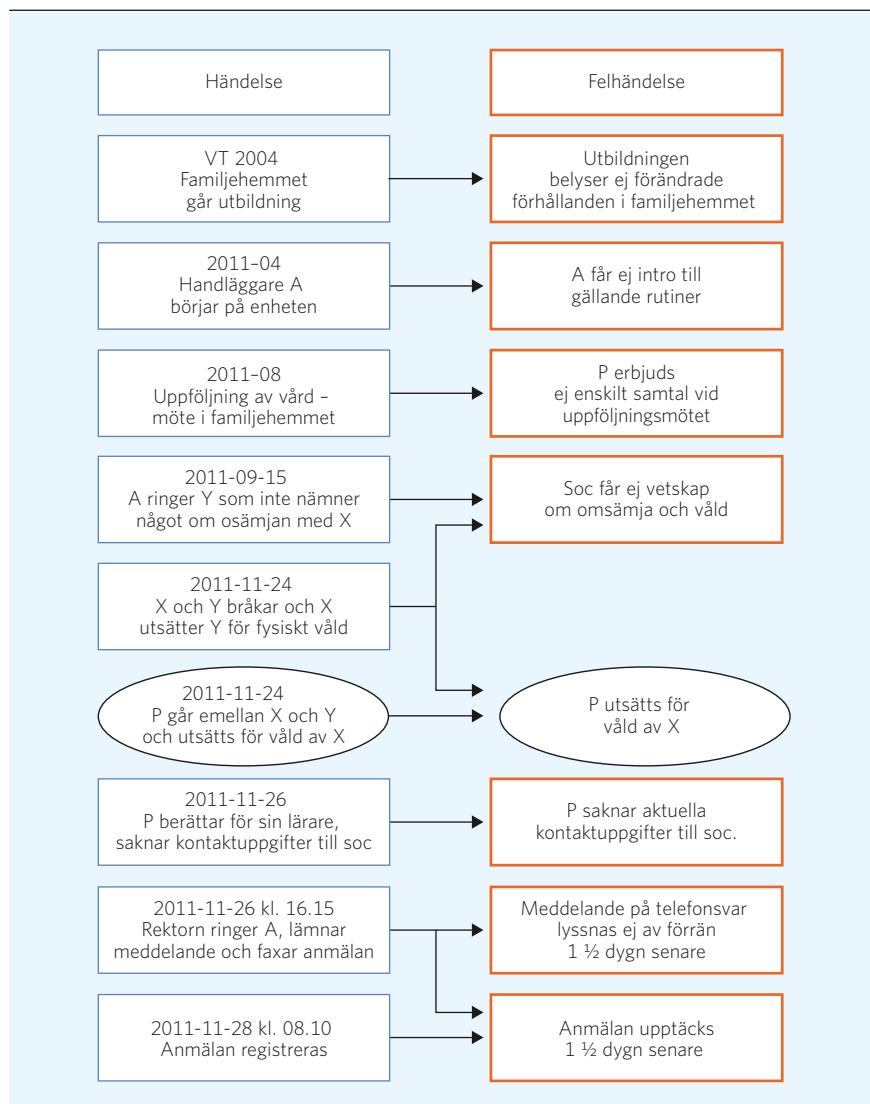
På detta sätt är det enkelt att lägga till och dra ifrån händelser och alla kan se och förstå förloppet. Alla delhändelser som är av betydelse för händelseutvecklingen ska vara med, från början till slut. Analysgruppen diskuterar händelseförloppet till dess att alla har samma överblick och kunskap om vad som faktiskt hände. Om det finns oenighet om vad som hände ska det dokumenteras. Det är analysledaren som har mandat att bestämma vilket händelseförlopp som används i analysen. Initialt består händelsekedjan av många delhändelser (figur 11).

FIGUR 11. Exempel på ett första utkast av händelsekedja.



Efter en första analys stryks de delhändelser i kedjan som inte har haft någon betydelse för förloppet och således inte ger någon vägledning för den fortsatta analysen (figur 12). Ett sätt att identifiera vilka delhändelser som ska vara kvar är att leta efter felhändelser. Det vill säga en beskrivning av något som man i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse. Varje felhändelse formuleras på ett sätt så att det är möjligt att bygga en orsakskedja i anslutning till beskrivningen.

FIGUR 12. Exempel på slutgiltig händelsekedja och felhändelser.





Steg 4. Identifiera de bakomliggande orsakerna

Orsaksanalys görs genom att teamet för varje felhändelse frågar och svarar ”varför...?”, ”därför att...”, ”varför...?”, ”därför att...” osv. På detta sätt skapas en orsakskedja som leder fram till de bakomliggande orsakerna (figur 13). Det är viktigt att undvika frågan om vem som gjort vad. En bakomliggande orsak återfinns oftast på systemnivå. Det är dessa orsaker som ska identifieras i analysen, inte enskilda personers eventuella misstag.

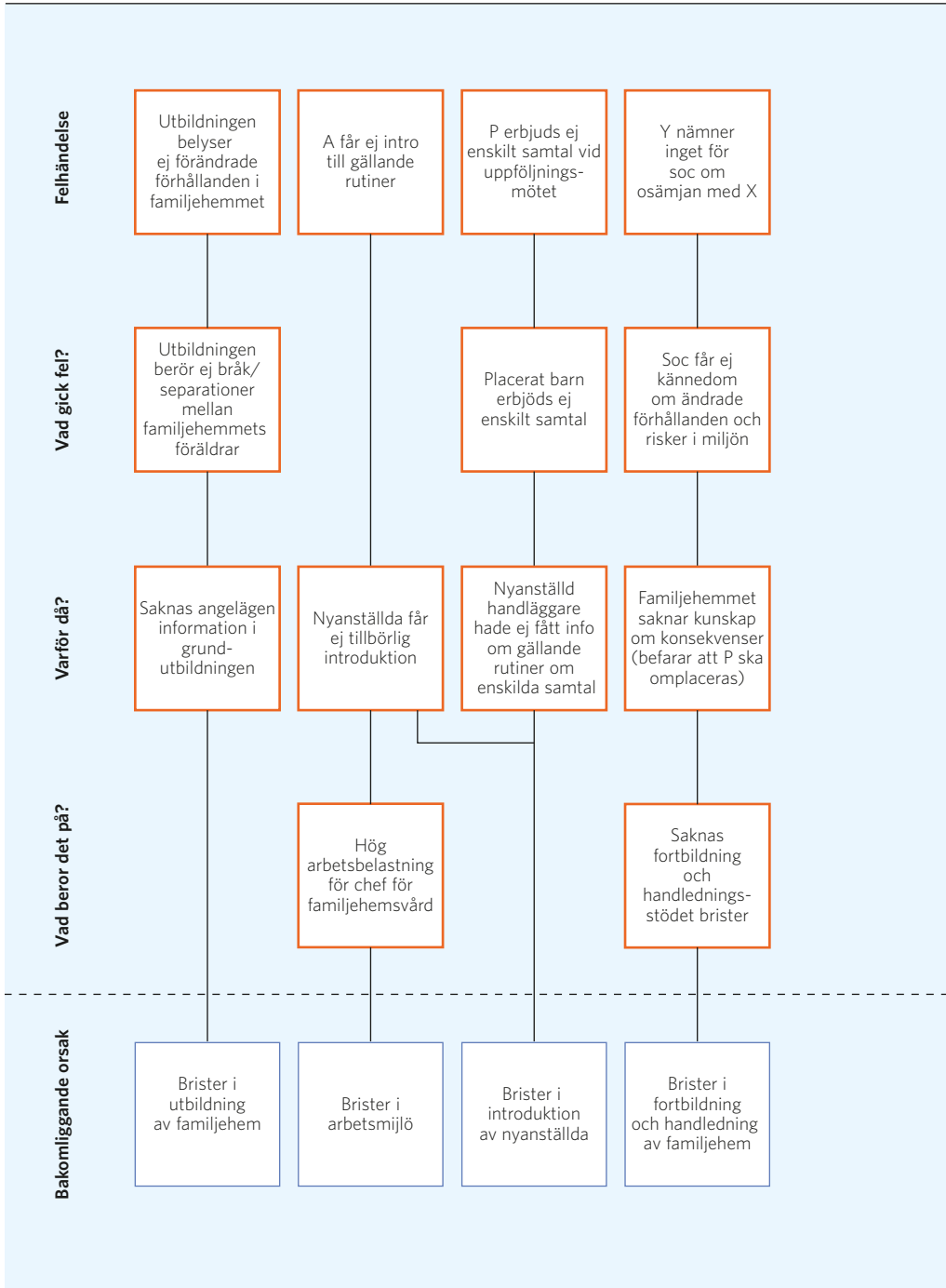
Enligt modellen för händelseanalys finns fyra olika orsaksområden i systemet: kommunikation/information, utbildning/kompetens, arbetsmiljö samt processer/rutiner. För att säkerställa att inga orsaksområden utelämnas i analysen ställs följande frågor för varje identifierad felhändelse:

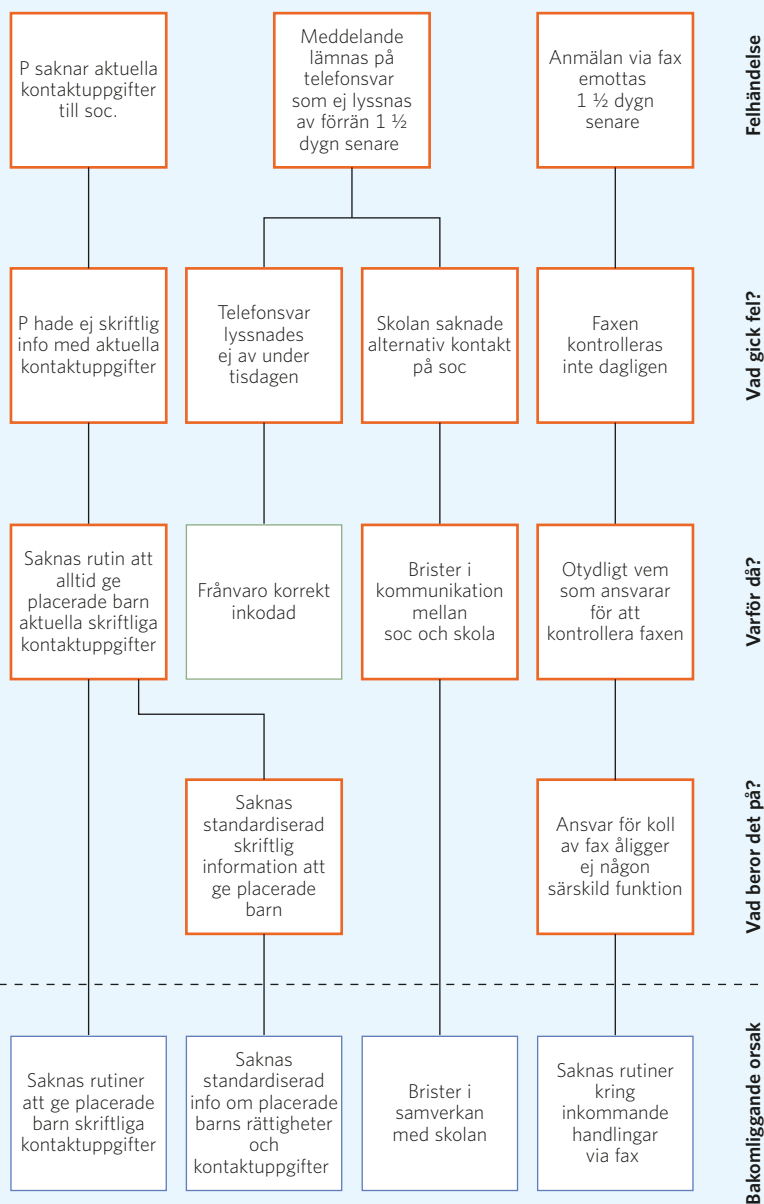
- › Fanns det brister i den skriftliga eller muntliga kommunikationen och informationen?
- › Fanns det brister i utbildning och kompetens?
- › Fanns det brister i den fysiska och psykiska arbetsmiljön?
- › Fanns det brister i processer och rutiner?

Om svaret blir ”nej” på samtliga frågor och man konstaterar att felhändelsen bara beror på att en enskild medarbetare har brustit i sin yrkesutövning (på grund av exempelvis grov oaktsamhet, sjukdom, missbruk) ska uppdragsgivaren ta över ansvaret för vidare handläggning enligt verksamhetens rutiner och händelseanalysen avslutas.

Om svaret blir ”ja” på någon eller flera av frågorna ska de identifierade orsakerna verifieras. Detta görs genom att man frågar: om denna orsak elimineras, begränsas eller bevakas, kan det förhindra eller minska risken att en liknande händelse inträffar igen? Om svaret är ”ja” har den eller de bakomliggande orsakerna till händelsen identifierats.

FIGUR 13. Exempel på analyschema, samband mellan felhändelse och bakomliggande orsak.





Steg 5. Föreslå åtgärder och metod för uppföljning

Analysteamets sista arbetsmoment är att utarbeta förslag till åtgärder och metod för uppföljning. Åtgärderna ska ge skydd mot missförhållanden i verksamheten. Antingen implementeras ett nytt skydd eller så ersätts mindre effektiva skydd som redan är i bruk med mer effektiva varianter.

Analysteamet frågar sig (se även figur 16):

- › *Vad* vill vi åstadkomma? Vilken är vår målsättning?
- › *Vilka* förändringar kan leda till en förbättring?
- › *Hur* vet vi att en förändring är en förbättring?
Hur ska vi utvärdera effekterna?

De åtgärderna som föreslås ska vara konkreta, realistiska och möjliga att genomföra inom en rimlig tidsram. Åtgärderna kan vara omedelbara, kort-siktiga eller långsiktiga. Nedan redogörs exempel på åtgärder och deras kända effektivitet (tabell 5).

TABELL 5. Exempel på åtgärder. Modifierat från Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA.

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på klientsäkerhetskultur och klientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation/dokumentation	Dubbelkontroller
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning	Minskad arbetsbelastning	Visuella- eller andra varningssignaler
Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg	Användarvänligare IT-stöd	Nya riktlinjer, protokoll eller policys
Standardisering av processer och rutiner	Minnesstöd, t.ex. checklistor och lathundar	Undervisning/utbildning

Åtgärdsförslagen ska bedömas med hjälp av nedanstående frågor. Frågorna syftar till att ge svar på om åtgärderna kan förväntas leda till skydd som är relevanta, effektiva och robusta.

- Är förslagen konkreta och realistiska?
- Går det att följa upp om åtgärderna får avsedd effekt?
- Har liknande åtgärder tidigare visat sig vara mycket effektiva, effektiva eller begränsat effektiva?
- Bygger åtgärderna på bästa tillgängliga kunskap?
- Kommer åtgärderna medföra att de bakomliggande orsakerna reduceras i tillräcklig utsträckning och tillräckligt fort så att liknande händelser inte hinner inträffa?
- Kommer åtgärderna medföra att personalen får tillräcklig hjälp att även i stressade situationer upprätthålla klientsäkerheten?
- Kan åtgärderna leda till nya risker inom eller utanför verksamheten?
- Kan åtgärderna leda till ökad komplexitet eller ökat antal steg i arbetsprocessen?
- Har åtgärdsförslagen diskuterats med och begripliggjorts för dem som berörs av förändringen?

Det ska också föreslås vem som ansvarar för att åtgärderna införs och när detta bör vara klart. Analysteamet ska sedan föreslå en metod för att följa upp åtgärderna. Exempel på metod kan vara enkäter, intervjuer eller enkel statistik. Uppföljningen ska kontrollera om åtgärden har genomförts och om den har fått önskad effekt.

Nedan (figur 14) presenteras ett exempel på en handlingsplan utifrån de identifierade orsakerna, inklusive åtgärdsförslag, tidsplan och metod för uppföljning. Mallen för handlingsplan för åtgärder återfinns som bilaga 3.

Så snart analysteamet är överens om händelsebeskrivning, orsaker och åtgärdsförslag sammanställer analysledaren materialet till ett rapportutkast. Utkastet skickas till analysgruppen som får godkänna eller kommentera. När

FIGUR 14. Exempel på handlingsplan för åtgärder efter genomförd händelseanalys.

Orsaksområde	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag	
Arbetsmiljö	Hög arbetsbelastning för BoU chefen	Erfarna BoU handläggare får ansvar för intro av nyanställda	
Kommunikation & Information	Brister i introduktion av nyanställda	Lathund för nyanställda Information på intranätet	
	Avsaknad av standardiserad info till placerade barn	Hämta hem info från SoS och lämna till alla placerade barn	
	Brister i information till/kommunikation med skolan	Skriftlig info till alla skolor om anmälningsprocedur inkl. kontaktoppgifter	
Utbildning & Kompetens	Brister i utbildning och handledning av familjehem	Se över metod för utbildning av familjehem	
		Införa fortbildning av familjehem	
		Tillägg i befintlig utbildning och handledning	
Processer & Rutiner	Avsaknad av rutin kring skriftlig info till placerade barn	Införa rutin kring skriftlig info till placerade barn	
	Avsaknad av rutin kring inkommande handlingar via fax	Beskriva processen och införa rutin kring daglig kontroll av fax	
	Avsaknad av rutin gällande plan för kompetensutveckling (utbildning och stöd/handledning) av familjehem	Införa rutin för kompetensutvecklingsplan för samtliga familjehem	

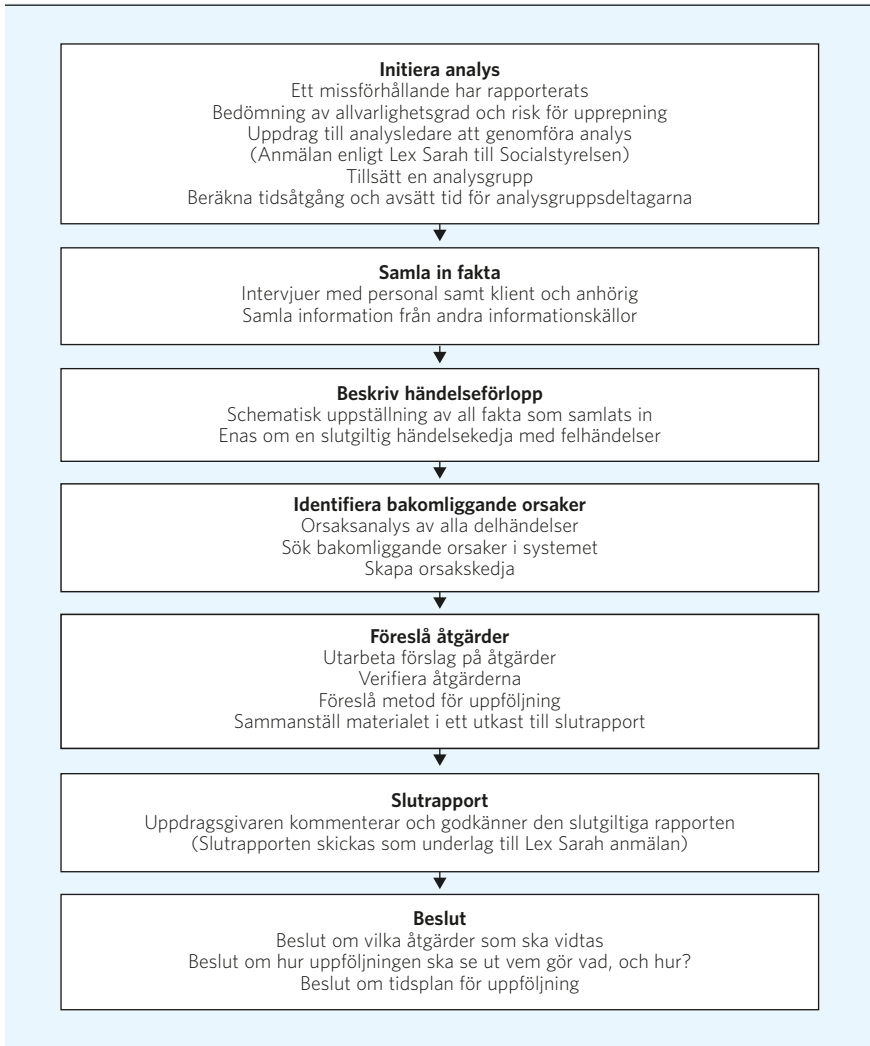
teamet har enats om rapportutformningen skickas slutrapporten till uppdragsgivaren som formellt godkänner rapporten. Därmed har analysteamet fullföljt sin del av händelseanalysarbetet.

Uppdragsgivaren har sedan till uppgift att skriva en slutrapport och att besluta om åtgärder samt metod för uppföljning. Detta beskrivs vidare i kapitel 5 och 6. Modellen för händelseanalys illustreras i ett flödesschema på sid. 60 (figur 15).

	Åtgärdstyp O - omedelbar K - kortsiktig L - långsiktig	Ansvarig	Uppf. datum	Uppf. metod	Effekt av åtgärd Mkt effektiv Effektiv Begränsad Ej effektiv
	K	IFO chef	2012-06-15	Enkät till alla BoU handläggare	
	O	IFO chef	2012-02-28	Enkät till alla nyanställda	
	O				
	K	IFO chef	2012-06-15	Enkät till alla handläggare	
	K	IFO chef	2012-06-15	Enkät till samtliga rektorer	
	L	BoU chef	2012-09-30	Intervju med utbildare	
	K	BoU chef	2012-06-15	Intervju med utbildare och familjehem	
	O	BoU chef	2012-02-28		
	O	IFO chef	2012-02-28	Kontroll av det skriftliga ledningssystemet	
				Enkät till berörda handläggare	
	K	IFO chef	2012-06-15	Kontroll av det skriftliga ledningssystemet	
	K	BoU chef	2012-06-15	Kontroll av det skriftliga ledningssystemet	
				Enkät till berörda handläggare*	

Flödesschema händelseanalys

FIGUR 15. Flödesschema för händelseanalys



Stöd till involverade efter en negativ händelse

Det finns en given risk att felbehandlingar och andra missförhållanden leder till minskat förtroende för socialtjänsten hos klient och närstående. Klientens motivation till fortsatta insatser kan påverkas negativt. Då det är fråga om myndighetsutövning och den enskilde kan uppleva att hon eller han befinner sig i ett underläge är det angeläget att socialtjänsten agerar så att klient och närstående törs ifrågasätta såväl behandlingsinsatser som bemötande. Öppenhet kring det som inträffat och lyhörddhet för klientens upplevelser kan bidra till att klientens förtroende för socialtjänsten återupprättas.

Det ska finnas rutiner för omhändertagande av klienter och involverade medarbetare vid en allvarlig händelse inom organisationen.⁴⁹ Rutinerna kan avse åtgärder på både kort och lång sikt och kan även omfatta information och stöd till närstående.

Hur allvarliga och omfattande konsekvenserna av en händelse blir för- och upplevs av den enskilde, kan variera mellan individer och situation. Klienten, och i vissa fall närstående, behöver få en ursäkt för det som har skett och bör alltid erbjudas ett avlastande samtal. Ytterligare stöd och omhändertagande bör erbjudas om ett samtal inte är tillräckligt. Ett klagörande möte mellan klient/närstående och medarbetare/verksamhetsansvarig, kan föreslås vid behov. I de fall det blir aktuellt med en polisanmälan bör man ta hänsyn till klientens behov av stöd i den rättsliga processen. Inte minst så bör man noggrant uppmärksamma barn och ungdomars behov av stöd och hjälp efter en händelse och i efterföljande processer.

När en klient kommer till skada drabbar det även berörda medarbetare inom socialtjänsten. De involverade ska också erbjudas omhändertagande och stödsamtal. De mest berörda medarbetarna bör erbjudas professionell hjälp. En händelseanalys kan också ge medarbetarna stöd i att gå vidare efter det som skett.

Not. 49. Jmf. 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.



Beslut, återkoppling och slutrapport

När analysledaren har överlämnat analysrapporten är det upp till uppdragsgivaren att besluta vilka åtgärdsförslag som ska genomföras, att fastslå en tidsplan för åtgärderna och metod för uppföljning av resultat.

Uppdragsgivaren beslutar också hur resultatet av analysen ska kommuniceras, följas upp och spridas. Uppdragsgivaren ska kommentera och motivera sina beslut i slutrapporten under särskild rubrik. Återkoppling av analysens resultat till berörd personal är viktig för att motivera till fortsatt rapportering av risker och missförhållanden. När det rör sig om en händelseanalys ansvarar uppdragsgivaren särskilt för att återföring sker till de personer (medarbetare och klient) som varit involverade i händelsen. Vid återföringen bör det uppmärksammas om någon av de involverade inte har fått tillräckligt stöd för att bearbeta händelsen.

Slutrapporten är i första hand till för enhetens förbättringsarbete. Om analysen avser en risk eller händelse som är anmäld enligt Lex Sarah skickas rapporten till Socialstyrelsen som underlag till anmälan. Slutrapporten är, när den upprättas i offentlig verksamhet, en allmän handling. Rapport av en händelseanalys ska inte betraktas som en journalhandling, då innehållet syftar till att åstadkomma klientsäkerhets- och kvalitetsförbättringar och inte till att dokumentera klientens vård och behandling. Tänk därför på att utesluta personnummer och andra data som kan identifiera klienten samt namn och andra data som kan identifiera involverade medarbetare.

Det rekommenderas att en schablonmall används vid rapportskrivningen. En mall leder till att alla rapporter får en enhetlig struktur, vilket underlättar läsbarhet och översiktighet. En mall för slutrapport för riskanalys finns som bilaga 2 och för händelseanalys som bilaga 4.

Oavsett om det är en risk- eller händelseanalys ska följande delar finnas i slutrapporten:

- › Sammanfattning av analysen
- › Uppdragsgivare, initieringsdatum och startdatum av analys
- › Analysuppdraget
- › Deltagare i analysteamet
- › Metodik
- › Resultat: Händelseförloppet eller beskrivning av process och risk; bakomliggande orsaker och bifynd/andra upptäckter
- › Åtgärdsförslag
- › Uppdragsgivarens kommentarer: Åtgärder, återkoppling och uppföljning
- › Bilagor: Händelsediagram eller processbeskrivning och handlingsplan eller analyschema

Utöver detta anges i Lex Sarah att det i dokumentationen av utredningen och vidtagna åtgärder ska framgå⁵⁰:

- › När missförhållandet inträffade, vad händelsen har bestått i och vilka konsekvenser den har inneburit eller kunde ha inneburit för den enskilde
- › När och hur händelsen uppmärksammades och när rapporten om händelsen togs emot
- › Vilka orsaker till händelsen som har identifierats
- › En bedömning av om något liknande skulle kunna inträffa igen
- › Om något likande har inträffat i verksamheten tidigare
- › Vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja/avhjälpa missförhållandet eller risken samt tidpunkt för dessa åtgärder

Not. 50. 14 kap. 6 § SoL, 5 kap. 2 § SOSFS 2011:5.

Vidare ska det framgå av dokumentationen:

- › Vilka uppgifter som har inhämtats från berörd personal
- › Om och vilka uppgifter som inhämtats från den enskilde
- › Vad som i övrigt har framkommit under utredningen (faktorer som inte direkt bidragit till missförhållandet, men som kan innebära risker i verksamheten, bör beskrivas under särskild rubrik)
- › Vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med

För varje uppgift som dokumenteras skall dessutom framgå:

- › Datum för när uppgiften dokumenterades
- › Varifrån uppgiften kommer
- › Vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar
- › Vem (namn, befattning/titel) som har dokumenterat uppgiften



Förbättringsarbete

När analysen har avslutats och beslut om åtgärder har fattats inleds förbättringsarbetet.⁵¹ Detta arbete ska följas upp och dokumenteras som en del av det systematiska kvalitetsarbetet.⁵²

Ett väl fungerande ledningssystem och ledningens förhållningssätt är centrala komponenter i ett lyckat förbättringsarbete. Att ledare på olika nivåer är engagerade och uthålliga i förändringsinriktningen och att de ger stöd och bidrar till att skapa mening i det som sker är en viktig motor i förändringsarbetet.⁵³

Lika viktigt är det att ha medarbetare som visar engagemang och förändringsvilja. Införande av nya processer och rutiner i organisationen kan dock mötas av motstånd. Motivationen och förändringsviljan kan öka om man som medarbetare förstår behovet och till och med önskar en förändring. Förändringar bör i god tid kommuniceras ut till personalen som också ska få reagera och komma med synpunkter.⁵⁴

Ett gott förändringsarbete bygger på att så många medarbetare som möjligt ges inflytande och görs delaktiga i förändringsprocessen.

Ett systematiskt säkerhetsarbete innebär att arbetet ska vara långsiktigt och förebyggande och präglas av ständiga förbättringar. Det handlar inte om

Not. 51. Jmf. 5 kap. 8 § SOSFS 2011:9.

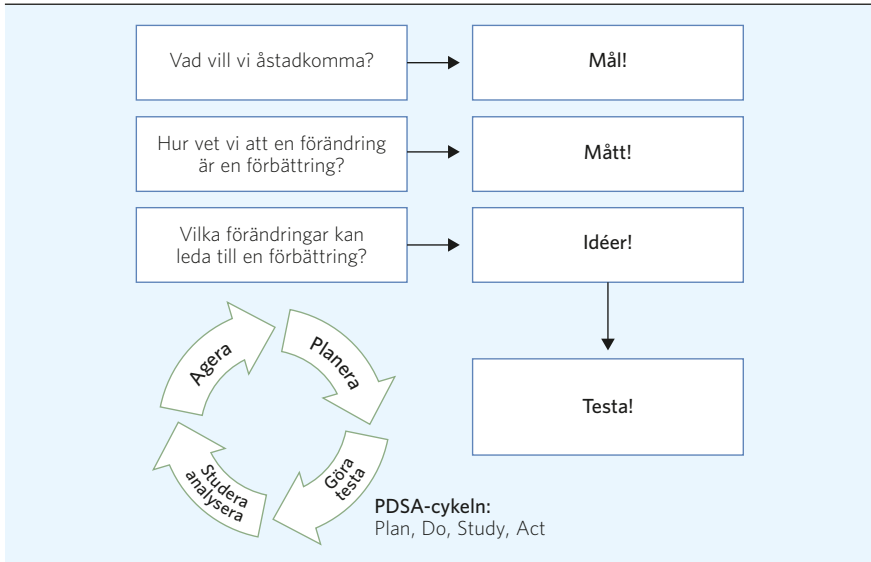
Not. 52. Jmf. 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

Not. 53. *Att veta, kunna och göra - Förbättringsarbete på riktigt* (2008), Monica Nyström, Sveriges Kommuner och Landsting.

Not. 54. *Säkrare vård och omsorg. Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*, (2011), Sveriges Kommuner och Landsting.

att göra förändringar för förändringens skull, utan det gäller att ta reda på vilka förändringar som leder till förbättringar. Ett sätt att arbeta systematiskt på är enligt Nolans förbättringsmodell. Modellen består av tre frågor och det så kallade förbättringshjulet/PDSA-cykeln (figur 16).

FIGUR 16. Exempel på handlingsplan för åtgärder efter genomförd händelseanalys.



Modellen bygger på att testa små förändringar innan beslut om en mer genomgripande förändring görs. Tanken bakom arbetssättet är att sluta gapet mellan kunskapen om vad man bör göra och vad man faktiskt gör. Det är också lättare att snabbt komma igång och genomföra mindre tester än större förändringar. Ytterligare ett skäl till att prova en förändring i en liten skala innan den introduceras brett i verksamheten, är att nya rutiner och förändrade processer kan leda till att nya risker uppstår.

En viktig del i Nolans modell är att mäta resultatet av det förbättringsarbete som genomförs. Om förändringen inte leder till någon förbättring, eller visar sig ge negativa effekter, har man lärt sig det och går självklart inte vidare med just den förändringen. Visar det sig däremot att förändringen har lett till en förbättring är det dags att genomföra den i stor skala. Det är också viktigt att följa upp och kontrollera om de sammantagna åtgärderna leder till att systemet eller processen som helhet blir säkrare. Det kan göras med samma förbättringsmodell som tillämpas på enskilda åtgärder.

En verksamhet med hög säkerhetskultur sätter också stort värde vid att resultaten sprids, både inom och utanför den egna enheten.

Referenser

Lagar, förarbeten och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVU)

Lag (2007:606) om utredningar avseende barn som har avlidit i anledning av brott m.m. (LUB)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Prop. 2009/2010:131, Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa ändringar

Prop. 1996/97:124, Ändring i Socialtjänstlagen

Socialtjänstlag (2001:453) (SoL)

SOSFS 2006:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

SOSFS 2011:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Lex Sarah

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

SOU rapporter

SOU 2011:61 Vanvård i social barnavård. Slutbetänkande av Utredningen om vanvård i den sociala barnavården (2011), Stockholm.

SOU 2011:9 Barnen som samhället svek – åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. Slutbetänkande av Upprättelseutredningen (2011), Stockholm.

Övrig litteratur

- Att veta, kunna och göra – Förbättringsarbete på riktigt* (2008), Monica Nyström, Sveriges Kommuner och Landsting.
- God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS* (2008), Socialstyrelsen.
- Missbruks- och beroendevården. Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010* (2011), Socialstyrelsen.
- Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten* (2007), Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.
- På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen* (2011), Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Riskanalys & Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* (2009), Socialstyrelsen.
- Säkrare vård och omsorg. Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete* (2011), Sveriges Kommuner och Landsting.

Elektroniska källor

- Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården (2011), www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga 2011-06-01.

Bilagor

Bilaga 1. Analysschema vid riskanalys

Bilaga 2. Mall för slutrapport vid riskanalys

Bilaga 3. Handlingsplan för åtgärder vid händelseanalys

Bilaga 4. Mall för slutrapport vid händelseanalys

Bilagorna finns också för nedladdning på SKL:s webbplats www.skl.se.

Analysschema och handlingsplan återfinns då i Excel-format.

Bilaga 1 Analysschema

FORMULÄR 1.

Beskriv delprocess eller aktivitet samt identifiera och beskriv risker				Riskbedömning			Fortsätta analys?
Delprocess eller aktivitet		Risk		Allvarighetsgrad	Sannolikhet för upprepning	Riskpoäng	Ja eller Nej Vid Ja - fortsätt att identifiera orsaker och åtgärder
ID	Beskrivning	Risk ID	Beskrivning av risk				

FORMULÄR 2.

Identifiera orsaker och ge förslag på åtgärder och metod för uppföljning			Beslut		Resultat
Identifiera bakomliggande orsaker	Förslag på åtgärder	Förslag på metod för uppföljning	Uppdragsgivarens godkännande	Ansvarar för genomförande	Effekt av åtgärd

Bilaga 2

Ange datum

Ange eventuellt diarienummer vid Lex Sarah anmälan till Socialstyrelsen

Mall för slutrapport för riskanalys

Kommentarer och beskrivningar av innehållet i respektive avsnitt beskrivs i rapporten *med kursiv stil* – denna text är endast en hjälp och ska tas bort innan rapporten skickas in. Text markerad med * innebär att uppgiften ställs som krav vid dokumentation av utredning och vidtagna åtgärder enligt 14 kap. 6 § SoL och 5 kap. 2 § SOSFS 2011:5

Den text som **inte är skriven med kursiv stil** är tänkt att kunna kompletteras och användas i rapporten

Riskanalys

Rubrik

(ange namnet på riskanalysen, vilket område analysen omfattar)

Månad År

Analysledare:

N.N

Enhet

Kommun

Sammanfattningen ska innehålla allt väsentligt som redovisas i rapporten. Den får inte innehålla någon ny information som inte återfinns på annan plats i rapporten. Sammanfattningen disponeras ungefär på samma sätt som rapporten som helhet.

Sammanfattningen skall vara max 1 sida och innehålla uppgifter om:

- › *uppdrag/syfte*
- › *ev. avgränsningar av uppdraget*
- › *konklusion av resultatet, dvs. en kortfattad redovisning av de viktigaste riskerna och bakomliggande orsakerna*
- › *presentation av åtgärdsförslag som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna*
- › *ev. slutsatser och kommentarer till analysresultatet*

1. Inledning och bakgrund

En kort beskrivning ges av vad som föranlett beslutet om riskanalys. Det skall framgå i vilket sammanhang analysen görs och även i vilket sammanhang resultatet är tänkt att användas. Informationen brukar finnas i uppdragsgivarens uppdragsbeskrivning.

2. Uppdragsgivare

Redovisning av vem som är uppdragsgivare och som resultatet avrapporteras till, dvs. den person-/er som är ansvariga för att resultatet tas tillvara och ev. åtgärder vidtas.

3. Uppdrag

Här redovisas syftet med analysen som det formulerats av uppdragsgivaren, vilket framgår av uppdragsbeskrivningen. I syftet skall anges ur vilket perspektiv analysen görs och vilka processer som omfattas. Här redovisas också eventuella avgränsningar av uppdraget och eventuella anvisningar som givits av uppdragsgivaren.

Om det rör sig om en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande som anmäls till Socialstyrelsen enligt Lex Sarah ska det framgå när den konkreta risken uppstod, hur risken uppmärksammades* och när rapporten om risken togs emot*.*

4. Deltagare i analysteamet

Här redovisas vilka personer som deltagit i analysgruppen och/eller på annat sätt medverkat i analysen. I listan skall framgå vem/vilka som medverkat som projektledare respektive analysledare samt vem (namn, befattning/titel) som har dokumenterat uppgifterna*.

Följande personer deltog i arbetsgruppen:

Namn	Roll/Funktion	Enhet

5. Metodik

Det ska framgå varifrån uppgifterna i utredningen kommer och när dessa dokumenterades*. Beskriv vilka dokument och annat material som förekommit som faktaunderlag. Om uppgifter inhämtats genom intervjuer ska det framgå vilka uppgifter som inhämtats från personal* (befattning/roll) och vilka som inhämtats från den enskilde*.

Här görs en beskrivning av den metodik som använts vid analysen. Beskrivningen görs med fördel i punktform.

Följande metodik har använts:

- Analysens syfte har legat till grund för valet av vilka processer och aktiviteter som analyserats liksom för de avgränsningar och val av analysperspektiv som gjorts.
- Information om det område som analyserats har inhämtats från:
 - *Ange de faktaunderlag som ligger till grund för analysen, både skriftliga och muntliga.*
- Riskidentifiering har gjorts för att identifiera risker samt tillhörande orsaker.
- Riskbedömning har genomförts med metoden ”Allvarlighetsgrad och Sannolikhet”. De kriterier/skalnivåer som använts i riskanalysen redovisas i bilaga.
- Åtgärdsförslag för att minimera eller eliminera identifierade risker har utförts på de risker som bedömts vara av mycket allvarlig eller allvarlig art eller där det varit relevant av andra skäl.

6. Resultat

Det här är den inledande resultatredovisningen. Här kan göras en översiktlig redovisning som också är inledning till de mer fördjupande redovisningarna som kommer senare. I resultatdelen presenteras de identifierade riskerna, bakomliggande orsakerna* och åtgärdsförslagen*.*

Om det rör sig om en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska det tydligt framgå vad risken har bestått i samt vilka konsekvenser risken kunde ha inneburit för den enskilde*. Vidare redogörs för om något likande har hänt tidigare* och en bedömning av risken för upprepning*.*

Det skall framgå vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar.*

6.1 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

Här anges vilka avgränsningar som gjorts av det område som ska analyseras, t ex om analysen avser endast en enskild enhet eller flera enheter eller en hel kommun. Här anges också vilket tidsperspektiv som valts, dvs. vilken tidsperiod som analyserats och som resultatet omfattar. Här anges även andra val av perspektiv som gjorts, t ex om analysen utgått från de mest allvarliga konsekvenserna i varje enskilt fall eller från de konsekvenser som är mest sannolika.

Här kan även redovisas viktiga förutsättningar och fakta som analysen baseras på. Vid analys av planerade processer kan det vara lämpligt att redovisa eventuella antaganden som analysteamet gjort avseende den process som analyseras.

6.2 Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Riskidentifieringen utfördes för varje riskområde enligt processbeskrivningen bilaga 1. Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för åtgärdsförslagen. Samtliga risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag redovisas i tabellform i analysens schemat bilaga 2.

Här följer en beskrivning av de risker som identifierats, riskernas orsaker och de åtgärdsförslag som analysgruppen tagit fram. Uppgifterna redovisas gärna grupperade i olika undergrupper, t.ex. riskområden. I stora analyser kan dessa undergrupper vara så stora att de behöver redovisas under olika underrubriker.

Det kan vara en fördel att för varje grupp redovisa de olika åtgärdsförslagen i punktform. Det är viktigt att redovisningen av åtgärdsförslagen utformas så att den kan förstås av personer som inte varit delaktiga i analysen. Redovisningen kan även utformas så att risker, orsaker och åtgärdsförslag grupperas efter vilken funktion som är ansvarig för genomförandet.

Omedelbara vidtagna åtgärder har varit följande: *Beskriv här om och i så fall när det vidtagits några omedelbara åtgärder* i direkt eller snar anslutning till att den påtagliga risken rapporterades.*

7. Slutsatser och kommentarer

Här redovisas eventuella slutsatser och kommentarer till riskanalysens resultat. Avsnittet tas bort om det inte är aktuellt att kommentera resultatet.

8. Uppdragsgivarens kommentarer

8.1 Åtgärder

Här beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att vidtas respektive förkastas. Kompletteras med tidsplan för genomförande. I översiktliga analyser blir kommentarerna mera översiktliga.

I rapport till Socialstyrelsen skall det framgå vilka åtgärder som har vidtagits och tidpunkt för dessa.*

8.2 Återkoppling

Här beskriver uppdragsgivaren hur riskanalysen ska återföras till berörd enhet och dess medarbetare.

8.3 Uppföljning

Här beskriver uppdragsgivaren när och hur insatta åtgärder ska följas upp. Det kan vara lämpligt att göra en avstämning, med uppföljning av åtgärdsförslagen, t ex efter 6 månader.

9. Litteraturlista

Här redovisas den litteratur som hänvisats till och som ligger till grund för ställningstaganden i rapporten.

10. Bilagor

Här redovisas rapportens bilagor. Följande bilagor är vanliga:

Bilaga 1: Processbeskrivning

Bilaga 2: Analysschema inkl. identifierade risker, orsaker och åtgärder

Bilaga 3 Handlingsplan

Rubrik på händelseanalys:					
Uppdragsgivare:					
Orsaks område	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag		Åtgärdstyp O-omedelbar K-kortsiktig L-långsiktig	
		ID	Vad		
Arbetsmiljö					
Kommunikation & Information					
Utbildning & Kompetens					
Processer och Rutiner					

Bilaga 4

Ange datum

Ange ärendenummer i avvikelshanteringssystem

Ange diarienummer för Lex Sarah-anmälan

Mall för slutrapport för händelseanalys

Kommentarer och beskrivningar av innehållet i respektive avsnitt beskrivs i rapporten *med kursiv stil* – denna text är endast en hjälp och ska tas bort innan rapporten skickas in. Text markerad med * innebär att uppgiften ställs som krav vid dokumentation av utredning och vidtagna åtgärder enligt 14 kap. 6 § SoL och 5 kap. 2 § SOSFS 2011:5

Den text som **inte är skriven med kursiv stil** är tänkt att kunna kompletteras och användas i rapporten

Händelseanalys

Rubrik

(ange vilken händelse analysen avser)

Månad År

Analysledare:

N.N

Enhet

Kommun

Sammanfattningen ska innehålla allt väsentligt som redovisas i rapporten. Den får inte innehålla någon ny information som inte återfinns på annan plats i rapporten. Sammanfattningen disponeras ungefär på samma sätt som rapporten som helhet.

Sammanfattningen skall vara max 1/2 A4 sida och innehålla uppgifter om:

- › *uppdrag/syfte*
- › *kort beskrivning av händelsen*
- › *konklusion av resultatet, dvs. en kortfattad presentation av de viktigaste bakomliggande orsakerna*
- › *presentation av de viktigaste åtgärdsförslagen som eliminerar eller minimerar de bakomliggande orsakerna*

1. Uppdragsgivare

Titel, namn och enhetstillhörighet på den som är uppdragsgivare och som resultatet avrapporteras till, dvs. den person-/er som är ansvariga för att resultatet tas tillvara och ev. åtgärder vidtas.

1.1 Initiering

Ange datum när händelsen inträffade, hur händelsen uppmärksammades*, när rapporten om händelsen togs emot* och när uppdragsgivaren initierar händelseanalys (skickar analysuppdrag till analysledaren).*

Om initieringsdatum och det faktiska startdatumet skiljer sig markant bör även startdatum anges samt ett skäl till varför analysen dröjt.

1.2 Återföringsdatum

Ange datum då händelseanalysens resultat återfördes till uppdragsgivaren.

2. Uppdrag

Här redovisas syftet med analysen som det formulerats av uppdragsgivaren, vilket framgår av uppdragsbeskrivningen.

2.1 Ärendenummer

Ange ärendenummer i avvikelshanteringssystem.

3. Deltagare i analysteam

Här redovisas vilka personer som deltagit i analysgruppen och/eller på annat sätt medverkat i analysen. I listan skall framgå vem/vilka som medverkat som projektledare respektive analysledare samt vem (namn, befattning/titel) som har dokumenterat uppgifterna.*

Följande personer deltog i arbetsgruppen:

Namn	Roll/Funktion	Enhet

4. Metodik

Det ska framgå varifrån uppgifterna i utredningen kommer och när dessa dokumenterades. Beskriv vilka dokument och annat material som förekommit som faktaunderlag. Redogör även för vilka uppgifter som inhämtats från personal* (befattning/roll) och vilka som inhämtats från den enskilde*.*

5. Resultat

I resultatdelen presenteras vad händelsen har bestått i, vilka konsekvenser händelsen har inneburit eller kunde ha inneburit för den enskilde* samt de bakomliggande orsaker som har identifierats*. Hänvisa till schematisk uppställning i bilaga 1.*

Vidare redogörs för om något liknande har hänt tidigare och en bedömning av risken för upprepning*. Det skall framgå vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar*.*

De åtgärder som analysteamet föreslår samt tidsplanen för dessa presenteras. Slutligen redogörs metod och tidsplan för uppföljning av åtgärdernas effekt.*

5.1 Händelseförlopp

Beskriv händelsen i text och hänvisa till den grafiska presentationen i bilaga 1. Inled med att händelsebeskrivningen bygger på det som framkommit i intervjuer och genomgångar av skriftligt material.

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta som framkommit dels vid intervjuer av direkt och indirekt involverade medarbetare, sakkunnig och klient, anhörig samt genomgång av journaler och andra handlingar. Vilka som intervjuats samt vilken dokumentation som legat till grund för analysen redovisas under Metodik.

5.2 Bakomliggande orsaker

Beskriv vilka bakomliggande orsaker* som identifierades samt vilka orsaksområden dessa hörde till.

5.3 Bifynd/andra upptäckta risker

Beskriv om det under analysen identifierats faktorer som inte direkt bidragit till missförhållandet, men som kan innebära risker i verksamheten*.

5.4 Åtgärdsförslag

Beskriv vilka åtgärdsförslag analysteamet föreslår och hur dessa åtgärder kan bidra till en ökad klientsäkerhet. För in de åtgärdsförslag (kortfattat) som är framtagna i nedanstående tabell för att förtydliga vad som ska göras, vem som ansvarar för respektive åtgärd samt hur och när åtgärden ska följas upp. Hänvisa till bilaga 2 för mer detaljerad beskrivning.

Omedelbara vidtagna åtgärder har varit följande: Beskriv här om, och i så fall när, det vidtagits några omedelbara åtgärder* i direkt eller snar anslutning till händelsen.

Åtgärd	Ansvarig	Metod för uppföljning	Datum för uppföljning

6. Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Här beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att beslutas om respektive förkastas. Uppdragsgivaren kan också kommentera om åtgärdsförslagen är konkreta och realistiska eller om andra förslag finns.

I rapport till Socialstyrelsen skall det framgå vilka åtgärder som har vidtagits och tidpunkt för dessa.*

6.2 Återkoppling

Här beskriver uppdragsgivaren hur händelseanalysen ska återföras till berörd enhet och dess medarbetare samt till klient och närstående.

6.3 Uppföljning

Här beskriver uppdragsgivaren när och hur insatta åtgärder ska följas upp.

7. Litteraturlista

Här redovisas den litteratur som hänvisats till och som ligger till grund för ställningstaganden i rapporten.

8. Bilagor

Bilaga 1: Händelsediagram – grafisk

Bilaga 2: Handlingsplan för åtgärder

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.



Modell för risk- och händelseanalys

Systematiskt förbättringsarbete inom Individ- och Familjeomsorgen

Modell för risk- och händelseanalys. Systematiskt förbättringsarbete inom Individ- och Familjeomsorgen, är ett verktyg att använda i arbetet med att klient- och kvalitetssäkra verksamheter inom socialtjänsten. Modellen utgår från ett systemperspektiv där analyser och utredningar av risker och händelser är centrala komponenter i det systematiska kvalitetsarbetet. Modellen omfattar alla steg i processen, från att initiera en analys till beslut om förbättringsåtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekter. Materialet är utformat som en handbok med fallbeskrivningar, scheman och mallar och kan med fördel användas vid utredningar enligt Lex Sarah. Modellen presenteras mot bakgrund av aktuella lagar (3 kap. 3 § SoL och Lex Sarah) och föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Förutom att vara ett stöd i arbetet med att förebygga och hantera risker och missförhållanden på lokal nivå är vår förhoppning att skriften ska bidra till en gemensam terminologi och ett mer enhetligt arbetssätt vilket kan bana vägen för att erfarenheter och kunskap enklare kan spridas mellan verksamheter och kommuner.

