

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-09-12

Innehållsansvar: Carina Broman, (carbr13), Enhetschef

Giltig till: 2027-09-12

Granskad av: Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

Godkänd av: Annette Trengre Jarlshammar, (antr2), Utvecklingschef

# Risicanalys - handläggning

## Förändringar sedan föregående version

Förtydligande kring:

- Lagar, ansvar och roller
- Barnperspektivet
- Flödesbeskrivning

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Innehållsförteckning .....	1
Bakgrund.....	1
Ansvar och roller för att identifiera och påtala risk i verksamheten.....	2
Flera modeller finns att tillgå.....	2
Syfte .....	3
Mål .....	3
Förutsättningar .....	3
Avgränsningar.....	4
Flödesbeskrivning .....	4
Flödesbeskrivning - sammanfattning.....	10
Bilagor .....	11
Arbetsgrupp: .....	11
Käll – och litteraturförteckning.....	11

## Bakgrund

All verksamhet i hälso- och sjukvård är förknippad med risker. Ett riskförebyggande arbete bidrar till ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö och finns reglerat i lagar och föreskrifter. I

[Patientsäkerhetslagen \(2010:659\)](#) definieras patientsäkerhet som ”skydd

mot vårdskada” det vill säga skydd mot att undvikbar skada inträffar. I lagen beskrivs vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ”[Agera för säker vård](#)” beskrivs vikten av ett arbete som syftar till att förhindra att skador uppkommer och att det krävs en hög riskmedvetenhet i dagens sjukvård.

I [Arbetsmiljölagen \(1977:1160\)](#) finns regler om skyldighet för arbetsgivare och andra skyddsansvariga såsom skyddsombud och huvudskyddsombud att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Syftet med att göra en riskanalys är att identifiera risker, dess bakomliggande orsaker och utforma åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna.

## Ansvar och roller för att identifiera och påtala risk i verksamheten

För att nå ett framgångsrikt resultat är det nödvändigt att arbeta riskmedvetet och förebyggande. Risker kan aldrig helt undvikas men genom riskidentifiering och förebyggande åtgärder kan riskerna minskas och patientsäkerheten och arbetsmiljön stärkas. Arbetsmiljöns betydelse för patientsäkerheten är central. Patientsäkerheten påverkar även medarbetarnas arbetsmiljö.

**Medarbetare:** Det ligger i alla medarbetares ansvar att påtala risker till chefer och/eller skyddsombud (SO) /huvudskyddsombud (HSO).

**SO/HSO:** SO/HSO företräder de anställda i arbetsmiljöfrågor och ska påtala behovet av riskanalys kopplat till arbetsmiljö.

**Alla chefer:** Chefer är ansvariga för att riskanalyser initieras och genomförs. Uppdrag till sjukhusövergripande riskanalyser ges av representanter från sjukhusledningen och på verksamhetsnivå av verksamhetschef. Uppdragsgivaren ansvarar för att resultatet redovisas så att det kan användas i ett lärande syfte.

## Flera modeller finns att tillgå.

### A. Förändringar som påverkar arbetsmiljö

För förändringar som utgår från ett arbetsmiljöperspektiv föreslås denna risk- och konsekvensbedömning. Den dokumenteras och hanteras i SAM-modulen i Plan & Styr. Se mer information i [Guide för risk- och konsekvensbedömning](#) på Insidan.

## B. Förändringar som påverkar patientsäkerhet och andra perspektiv

En modell för riskanalys som utgår från ett patientsäkerhetsperspektiv föreslås av LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag)

[Utredning av risker – handbok för metoden riskanalys.](#)

Tabell 1. Olika analysmodeller SkaS och VGR

Analystyp	Förändringen påverkar	Uppdragsgivare	Metodstöd
A. Risk- och konsekvens- bedömning	Arbetsmiljö	Lägst enhetschef (EC)	HR
B. Riskanalys	Patientsäkerhet, arbetsmiljö mm – se nedan (Denna rutin)	Lägst verksamhetschef (VC)	Verksamhetsutvecklare (VU)

## Syfte

Syftet med rutinen är att beskriva analystyp B: Riskanalys, där det finns ett behov av att belysa risker ur flera perspektiv. I Skaraborgs Sjukhus (SkaS) rutin inkluderas följande perspektiv:

- Arbetsmiljö/Medarbetare
- Barn
- Besökare/närstående
- Fastighet/försörjning
- Inventarier/teknik/utrustning
- Miljö
- Patient/kund
- Studerande
- Vårdgivare/organisation

## Mål

Målet är att modellen ska användas inför större förändringar i en verksamhet/flera verksamheter och i befintliga processer.

## Förutsättningar

Riskanalyser ska genomföras inför planerade förändringar i verksamheten och på befintliga processer/verksamheter. Förändringsförslaget ska bygga på framtagna fakta som finns med som underlag innan riskanalysen påbörjas.

Relevanta [AFS](#):ar ska användas. Arbetsmiljöverket hänvisar till specificerade krav utifrån vilken typ av verksamhet som bedrivs/ska bedrivas.

## Avgränsningar

Risikanalyser kan ske på olika nivåer; sjukhusövergripande, på verksamhetsområdesnivå eller på enhetsnivå. Om det berör flera enheter/verksamheter/externa vårdgrannar så ska även dessa informeras och involveras i riskarbetet.

## Flödesbeskrivning

### 1.0 Inför riskanalysuppdrag

#### 1.1 Ta fram underlag

Samla fakta och ta fram de underlag som behövs för att beskriva förändringen. Exempelvis behöver en beskrivning av hur nya lokaler ska nyttjas finnas med vid flytt av verksamhet. Vid behov kan en förstudie genomföras.

#### 1.2 Barnperspektivet

Sedan 2020 är [Barnkonventionen](#) lag i Sverige och ställer högre krav på sjukvården att pröva och analysera barnets bästa. FN:s kommitté för barnets rättigheter rekommenderar att prövning och analys ska göras vid förändringar och frågor som berör barn, både barn som grupp och det enskilda barnet. Till exempel vid förändringar i verksamheten, förändringar i den fysiska miljön, nya rutiner, policydokument och budget.

Inför en riskanalys ställs alltid följande frågor:

- Berör ärendet barn och unga direkt eller indirekt?
- Påverkar förslaget barn eller unga 0–18 år?

Ta [checklistan](#) till hjälp för att göra bedömningen. Skriv en kort redogörelse för ställningstagandet i uppdragsmallen samt i slutrapporten. Om barn och unga berörs/påverkas tar uppdragsgivare och verksamhetens [barnrättsombud](#) i samråd ställning till om en separat [barnkonsekvensanalys](#) bör göras.

#### 1.3 Informera om förändringsförslaget

Informera om förändringsförslaget enligt MBL §19.

#### 1.4 Ge skriftligt uppdrag till analysteam

Uppdragsgivare är, som lägst, verksamhetschef (VC). VC har ett övergripande ansvar för att analysen sker på ett bra och effektivt sätt och att beslutade åtgärder genomförs och följs upp. Om riskanalysen omfattar flera enheter/verksamheter ska det tydliggöras i uppdraget vilken

verksamhetschef som har huvudansvaret för genomförandet av riskanalysen samt hur samverkan ska ske.

Uppdragsgivaren ska ge ett tydligt skriftligt uppdrag och se till att arbetstid och resurser avsätts samt att beredskap finns för att ta hand om resultatet och besluta om åtgärder. Tänk på att avsätta minst 3 veckor för riskanalysuppdraget. Uppdraget ska innehålla uppgift om vad som ska analyseras, syfte samt tidsram. Förändringsförslaget ska bygga på framtagna fakta som finns beskrivna i uppdraget alternativt är bilagda uppdragshandlingen. Uppdraget riktas till ett analysteam.

Uppdraget skickas till Utvecklingsenhetens funktionsbrevlåda:

[SkaS.verksamhetsutveckling-utvecklingsenheten@vgregion.se](mailto:SkaS.verksamhetsutveckling-utvecklingsenheten@vgregion.se)

Bilaga 1 – [Uppdragsbeskrivning](#)

## 2.0 Etablera analysteam

Ett analysteam med samtliga nödvändiga kompetenser sätts samman.

Uppdragsgivaren ansvarar för att utse deltagarna i analysteamet och det ska övervägas om patienter/närstående kan medverka. Samtliga berörda SO/HSO ska kallas till att ingå i analysteamet.

Roller i analysteamet	
Kontaktperson/sammankallande	Första linjens chef som närmast berörs av riskanalysen. Har rollen att boka tider, lokal och sammankalla till mötestillfällena.
Teammedlemmar	Medarbetare från olika yrkeskategorier som har kunskap om verksamheten. Teammedlem utses av närmaste chef i samverkan med uppdragsgivare och analysledare.
Analysledare	Har goda kunskaper om metoden riskanalys, men behöver inte nödvändigtvis känna till verksamheten. Analysledare ger metodstöd i analysarbetet. Analysledaren är vanligtvis verksamhetsutvecklare.
Dokumentationsansvarig	En av medlemmarna i analysgruppen som ansvarar för dokumentationen under analysarbetet.
SO/HSO	Skyddsombud bjuds in till analys och företräder de anställda i arbetsmiljöperspektivet.  Om förändring berör arbetsmiljön <i>lokalt</i> på en enhet bjuds det lokala skyddsombudet in. <ul style="list-style-type: none"><li>• Om förändringen påverkar flera verksamhetsområden eller flera utbudspunkter ska även huvudskyddsombud bjudas in.</li></ul>

	<p>Detsamma gäller om en enhet saknar lokalt skyddsombud.</p> <p>SO/HSO kan företräda varandra vid behov. Arbetsgivare kan inte begära att så sker men kan fråga om det är möjligt.</p> <p>Huvudskyddsombud kontaktas via funktionsbrevlådor:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kommunal</li><li>• Vårdförbundet</li><li>• Vision</li></ul> <p>Läkarföreningen kontaktas via mejl till ordförande/vice ordförande</p> <p>Mailadresser: <u>Arbetsstagarorganisationer - Skaraborgs Sjukhus (vgregion.se)</u> Om skyddsombud som tillhör andra arbetsstagarorganisationer är berörda – kontakta HR för kontaktuppgifter.</p>
Patienter/närstående	Överväg om patient eller närstående ska/kan medverka. Det är viktigt att erfarenheter från patienter och närstående kan användas i analysen.
Referenspersoner	Sakkunniga inom vissa områden.

### 3.0 Riskanalysmöte

#### 3.1 Planera riskanalysmöte

Verksamhetens kontaktperson/sammankallande lägger i dialog med analysledare upp en tidplan för riskanalysen. Kontaktpersonen kallar analysteamet till 2–3 möten. För varje möte är det lämpligt att avsätta 2–3 timmar. Skicka ut [informationsmaterial](#) till analysgruppsdeltagare.

#### 3.2 Inledning, genomgång av uppdrag och analysområde

- Presentation av deltagarna i analysteamet – namn och i vilken roll man är med i arbetet.
- Uppdragsgivaren går igenom bakgrund och syfte med uppdraget.
- Analysledaren går vid behov igenom hur en riskanalys går till.
- Analysledaren beskriver det område som ska riskanalyseras. Kan göras med hjälp av en grafisk figur/process som kan vara mer eller mindre detaljerad och omfatta en eller flera nivåer. Beskrivningen ska bidra till att ge analysteamet en överblick av valt analysområde. Det är avgörande för ett gott resultat, att teamet är överens om utformningen av beskrivningen eftersom den ligger till grund för det fortsatta arbetet.

#### 3.3 Identifiera risker och bakomliggande orsaker

Analysteamet går systematiskt igenom varje aktivitet i processen/ delområdena och identifierar risker. Alla perspektiv beaktas. Ett sätt att

identifiera risker är genom brainstorming enskilt eller i grupper. Vad är risken – och för vem/vad uppstår risken? Dokumentera risker på post-it-lappar. Skriv ned i vilket perspektiv risken finns och vilken bakomliggande orsak som är kopplad till risken. Den bakomliggande orsaken till risken identifieras med frågan ”varför?”.

Vid identifiering av risker finns en [bedömningsmatris](#) att använda för att inte förbise något riskområde/perspektiv.

Bilaga 2 - Lathund [riskbedömning](#) (kan beställas på Marknadsplatsen: VGR 14824)

Bilaga 3 – [Analysschema inklusive handlingsplan](#)

### 3.4 Bedöm riskens storlek

Analysteamet bedömer varje identifierad risk. Riskbedömningen är en sammanvägning av riskens allvarlighetsgrad och sannolikheten för att den inträffar. Multiplikation av värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet ger en riskpoäng. Bedömning av riskernas storlek och orsak sker i varje perspektiv med hjälp av bedömningsmatrisen.

### 3.5 Föreslå åtgärder och metod för att utvärdera åtgärderna

Alla risker med riskpoäng 8 eller mer ska analyseras vidare. Detsamma gäller för risker med allvarlighetsgrad 4. För risker med riskvärde mellan 1–6 avgör analysteamet om fortsatt analys ska ske. Vid bedömning kan följande frågor ställas:

- Är allvarlighetsgraden så hög att risken bör förebyggas även om sannolikheten är liten?
- Är allvarlighetsgraden relativt låg men sannolikheten för att det ska hända mycket hög?

Basera åtgärdsförslagen på de bakomliggande orsakerna. En bakomliggande orsak kan kräva flera åtgärder. Åtgärderna ska vara konkreta och möjliga att följa upp. Ta fram åtgärder som rör den egna verksamheten men också åtgärder som borde vidtas högre upp i organisationen eller inom andra verksamheter. Reflektera över vilka åtgärder på systemnivå som kan förändra den bakomliggande orsaken på ett positivt sätt.

Granska åtgärdsförslagen och bedöm om de är relevanta. Se sid 31–33

[Rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad.](#)

- Bygger åtgärden på bästa tillgängliga kunskap?
- Vad blir effekten av åtgärden?
  - Elimineras den bakomliggande orsaken? (risken elimineras)
  - Begränsas eller bevakas den bakomliggande orsaken? (risken begränsas eller bevakas)

- Är den bakomliggande orsaken sådan att den måste accepteras? Hur kan den i såfall tydliggöras och hanteras på bästa sätt?
- Kan åtgärden skapa nya risker inom eller utanför processen/verksamheten?

Analysteamet föreslår hur och när de föreslagna åtgärderna kan följas upp och utvärderas. Utvärderingen ska visa om åtgärden har genomförts och om den varit effektiv och minskat eller eliminerat risken. Exempel på utvärderingsmetoder:

- Utvärdering på ex APT/arbetsmiljökommitté
- Följa avvikelser i patient- och arbetsmiljöperspektiv
- Statistik
- Granska journaler
- Intervjua patienter och medarbetare
- Analysera medicinska resultat
- Enkätundersökningar
- Mäta och värdera tidsåtgången

### 3.6 Utskick och justering av analyschema

När analyschemat (excellen) är färdigställt skickar analysledare ut det ut till analysteamet för påsyn och eventuella justeringar. Analyschemat kan även skickas ut för synpunkter mellan mötestillfällena.

## 4.0 Analysteamets arbete sammanfattas i en rapport

Analysledaren ansvarar för att i samarbete med analysteamet skriva en slutrapport. När förslag till slutrapport finns, skickas denna ut till analysteamet för synpunkter. Hur omfattande analysrapporten behöver vara påverkas av hur komplext området som har analyserats är och av vilka som förväntas läsa rapporten. Som standard skrivs en kortare rapport.

Bilaga 4: [Slutrapport, standardmall](#)

Bilaga 5: [Slutrapport, utökad](#)

## 5.0 Handlingsplan upprättas av chef och SO/HSO

Analysledaren skickar analysteamets arbete till uppdragsgivaren som prioriterar och beslutar vilka av de föreslagna åtgärderna som ska genomföras och inom vilken tidsram de ska vara genomförda. Om en röd risk i arbetsmiljöperspektivet inte omhändertas kan skyddsombud/HSO kräva åtgärd enligt Arbetsmiljölagen. Uppdragsgivaren utser även ansvariga för åtgärderna. Om åtgärdsförslag inte ska genomföras motiveras även detta under rubriken: *Uppdragsgivarens kommentarer*, i slutrapporten. Uppdragsgivaren beslutar också om hur resultatet av analysen ska spridas.

Uppdragsgivare ska ansvara för att SO/HSO ges möjlighet att delta vid upprättande av handlingsplan i enlighet med Arbetsmiljölagen.

Handlingsplanen utgår från de åtgärdsförslag som uppdragsgivaren beslutat om.

Handlingsplanen dokumenteras i samma dokument som riskanalysarbetet, flik ”Handlingsplan”. Bilaga 3 - [Analysschema inklusive handlingsplan](#).

En riskanalys ska resultera i en handlingsplan med åtgärder för att höja säkerheten i den analyserade processen, genom att till exempel eliminera, minska eller bevaka riskerna. Uppdragsgivaren ansvarar för att handlingsplanen följs upp.

## **6.0 Diarieföring**

När uppdragsgivaren har beslutat om åtgärder och kommenterat detta i slutrapporten anses riskanalysarbetet vara slutfört. Rapporten skickas därefter tillbaka till analysledare som lämnar in slutrapporten till diariet för diarieföring.

## **7.0 Rutin vid utlämnande av slutrapport**

Riskanalysen kan vara av intresse för medier och andra intressenter som vill ta del av resultatet. Grundregeln inom offentlig verksamhet är att riskanalysen under pågående arbete är arbetsmaterial som inte behöver lämnas ut. När slutrapporten är klar/upprättad är den däremot en allmän handling som ska lämnas ut om inte en sekretessprövning hindrar det. Om riskanalysen berör försörjningssystem, kapacitet och uthållighet i verksamheten kan det vara känsligt att lämna ut. Ta kontakt med sjukhusets jurist vid förfrågan från media eller andra intressenter.

## **8.0 Uppföljning och utvärdering av åtgärder**

Uppdragsgivaren ansvarar för att utvärdera och följa upp åtgärder utifrån framtagen handlingsplan. Uppföljningen sker enligt överenskommelse, till exempel inom 6–8 månader och tidpunkten bör vara bestämd på förhand.

Det är väsentligt att samtliga berörda medarbetare får återkoppling på riskanalysen till exempel på ett APT. Återkopplingen skapar även en god säkerhets- och rapporteringskultur genom att samtliga anställda får se de förbättringar som en riskanalys lett till.

## Flödesbeskrivning - sammanfattning

Flödessteg	Aktivitet	Vem ansvarar
1.0–1.3	Inför riskanalysuppdrag Ta fram underlag samt beakta barnperspektivet. Informera enligt §19 MBL.	Ansvarig verksamhetschef
1.4	Ge skriftligt uppdrag till analysteam	Ansvarig verksamhetschef
2.0	Etablera analysteam	Ansvarig verksamhetschef
3.0	Riskanalysmöte	Analysledare
3.1	Planera riskanalysmöte	Kontaktperson/sammankallande
3.2	Inledning, genomgång av uppdrag och analysområde	Analysledare
3.3	Identifiera risker och bakomliggande orsaker	
3.4	Bedöma riskens storlek	
3.5	Föreslå åtgärd och metod för att utvärdera åtgärderna	
3.6	Utskick och justering av analyschema	
4.0	Analysteams arbetsuppgifter sammanfattas i en rapport	
5.0	Handlingsplan upprättas av berörd chef och SO/HSO  Uppdragsgivare beslutar vilka åtgärder som ska genomföras och när  Uppdragsgivaren ansvarar för att SO/HSO ska ges möjlighet att delta vid upprättande av handlingsplan enligt Arbetsmiljölagen	Ansvarig verksamhetschef  Ansvarig verksamhetschef och skyddsombud/HSO
6.0	Diarieföring	Analysledare
7.0	Rutin vid utlämnande av slutrapport	Diariet
8.0	Uppföljning och utvärdering av åtgärder	Ansvarig verksamhetschef

## Bilagor

Bilaga 1: Mall – [uppdragsbeskrivning](#)

Bilaga 2: Lathund [riskbedömning](#) (beställs på Marknadsplatsen: VGR 14824)

Bilaga 3: [Analysschema inklusive handlingsplan](#)

Bilaga 4: [Slutrapport, standardmall](#)

Bilaga 5: [Slutrapport, utökad](#)

## Arbetsgrupp:

Alfred Klingvall, huvudskyddsombud Vårdförbundet  
Anna-Lena Holmström, huvudskyddsombud Kommunal  
Britt-Marie Hellström, huvudskyddsombud Vision  
Karin Svensson, huvudskyddsombud Läkarförbundet  
Marianne Gustafson, verksamhetsutvecklare Utvecklingsenheten  
Malin Lysfoss Gunnerfeldt, verksamhetsutvecklare Utvecklingsenheten  
Stefan Andersson, arbetsmiljöstrateg HR-funktionen  
Christoffer Larsson, chefsjuksköterska Patientsäkerhetsfunktionen (2024)  
Carina Broman, enhetschef Utvecklingsenheten

## Käll – och litteraturförteckning

[Arbetsmiljölagen \(1977:1160\)](#)

[Barnkonsekvensanalys](#)

[Stöd till barnkonsekvensanalys](#)

[Om risk och riskhantering, LÖF](#)

[Patientsäkerhetslagen \(2010:659\)](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete \(SOSFS 2011:9\)](#)

[Utredning av risker- handbok för metoden riskanalys, LÖF](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Skaraborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Carina Broman, (carbr13), Enhetschef

**Granskad av:** Magnus Olsson, (magol1), Chefläkare

**Godkänd av:** Annette Treng Jarlshammar, (anntr2),  
Utvecklingschef

**Dokument-ID:** SKAS9730-1455443510-111

**Version:** 23.0

**Giltig från:** 2025-09-12

**Giltig till:** 2027-09-12