



Ansvarig namn	Upprättad av	Berörda verksamheter	Fastställt datum
Verksamhetsområdeschef	SAS & MAS	Hälsa och Omsorg	2023-02-09
Dokumentnamn	Reviderad:		Diarienummer
Rutin Avvikelsehantering			

Innehållsförteckning

Rapporteringskyldighet	3
Rapporteringskyldighet vårdskada eller risk för vårdskada	3
Rapporteringskyldighet missförhållande eller risk för missförhållande	3
Övrig rapporteringskyldighet	3
Varför ska vi arbeta med avvikelser?.....	3
Vad är en avvikelse?.....	4
Synpunkter och klagomål	5
Avvikelse.....	5
Rapporterad vårdskada eller risk för vårdskada.....	6
Rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande (Lex Sarah)	6
Förtydligande gällande fall	7
Avvikelse med medicinteknisk produkt.....	8
Anmälan	8
Rapportering av brister i vårdens övergångar	9
Utgående rapport till annan vårdgivare	9
Inkommande rapport från annan vårdgivare	9
Rapportering av brister gällande extern vårdgivare.....	9
Utgående rapport till annan vårdgivare	10
Inkommande rapport från annan vårdgivare	10
Mottagare	10
Läsa inkomna avvikelser.....	10
Information till medarbetar kring avvikelsehantering	11
Systematisk uppföljning av avvikelser.....	11
Arbetsrättsliga åtgärder	11
Brottslig handling	11
Tidsperspektiv	12
Utredningens omfattning.....	12

Utredningsprocessen.....	12
Bedömning av allvarlighetsgrad / konsekvens	13
Bedömning av sannolikhet för upprepning	14
Matris	14
Dokumentationen av utredningen.....	14
Åtgärda	15
Följa upp	15
Avsluta inrapporterad händelse	15
Vid avslut av tjänst	16
Anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)	16
Lex Sarah-anmälan	16
Lex Maria-anmälan.....	17

Rapporteringskyldighet

I den gällande lagstiftningen framgår att verksamheter inom socialtjänsten som tex äldreomsorgen, verksamheter enligt LSS samt kommunal hälso- och sjukvård ska vara av god kvalitet. Det gäller för både kommunal verksamhet och verksamhet i enskild regi. Lagstiftningen talar om vilka som har skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada alternativt missförhållande eller risk för missförhållande.

Rapporteringskyldighet vårdskada eller risk för vårdskada

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Rapporteringskyldighet missförhållande eller risk för missförhållande

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och LSS är skyldiga att rapportera om de uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får eller kan komma i fråga för insatser inom verksamheten. De som omfattas är:

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande under utbildning
- Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

Den enskilde själv, anhöriga eller närstående kan inte rapportera gällande missförhållanden eller vårdskador. De kan lämna in en synpunkt eller ett klagomål.

Den som rapporterar anonymt har inte fullgjort sin rapporteringskyldighet enligt bestämmelserna i Lex Sarah.

Övrig rapporteringskyldighet

Förutom ovanstående beskrivningar har personal också rapporteringskyldighet kring om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att barn far illa, Lex lilla hjärtat, Lex Maja för att skydda djur, enligt GDPR vid personuppgiftsincidenter samt enligt NIS-direktivet gällande incidenter i nätverk- och informationssystem.

Varför ska vi arbeta med avvikelser?

Arbetet med avvikelser eller risker för avvikelser är till för att utveckla verksamheten och säkerställa kvaliteten på det som levereras. Det är ett redskap för att skapa säkrare rutiner

och ett arbetssätt för att förhindra att avvikelsen eller risken för avvikelsen upprepas. Avvikelsehanteringen ingår i det systematiska kvalitetsarbetet som är en del i förvaltningens ledningssystem.

En väl fungerande avvikelsehantering och en gemensam syn och arbetssätt är till nytta för samtliga i verksamheten – kunder, patienter och medarbetare. Arbetet ger kunskap om var i verksamheten det finns risker, hur vi kan arbeta förebyggande, hur vi kan arbeta med förbättringsåtgärder, men även hur vi kan lära oss av det som hänt både inom den egna verksamheten och inom andra verksamheter.

Det är viktigt att hitta grundorsaken till varför en avvikelse inträffat för att kunna vidta effektiva förbättringsåtgärder så att händelsen inte upprepas. Det är viktigt att inte fokusera på vem som gjort fel, utan på orsak.

Vad var det som hände? Varför hände det? Och vad gör vi för att det inte ska hända igen?

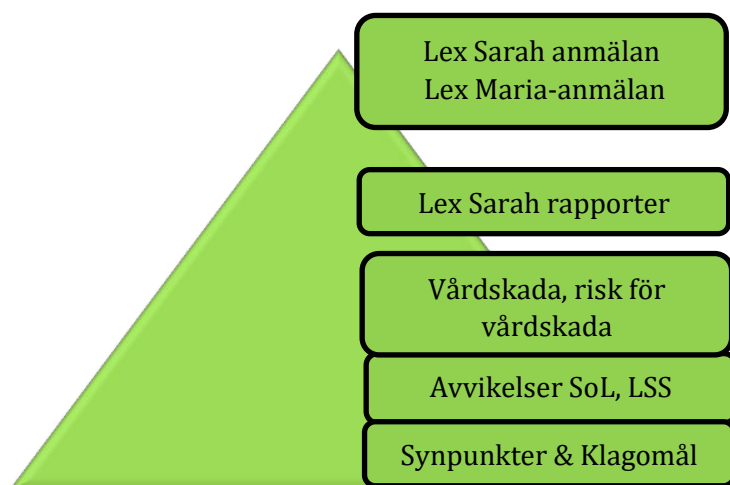
Vad är en avvikelse?

En avvikelse är när något inträffar som inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner eller vårdförlopp. När verksamheten inte uppnår kvalitet utifrån krav och mål. Något har skett som inte är enligt gällande lagar, föreskrifter, rutiner eller genomförandeplan. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den enskilde.

Vid en avvikelse är det alltid en kund/patient som utsatts eller riskerats utsättas för en händelse. Har händelse inträffat där personal utsatts eller riskerat att utsättas ska detta rapporteras i annat avsett system.

Avvikelse är ett samlat begrepp som omfattar:

- Synpunkter och klagomål
- Rapporterade avvikelser
- Rapporterade vårdskador eller risker för vårdskador
- Rapporterade missförhållande och risker för missförhållande (Lex Sarah)



Synpunkter och klagomål

Missförstånd eller problem ska alltid lösas direkt i verksamheten om det går. Det kan handla om enstaka händelser som inte ger någon konsekvens för den enskilde. Det behöver inte dokumenteras i systemet om inte ansvarig chef bedömer att det behövs för verksamhetens fortsatta kvalitetsarbete.

Synpunkter och klagomål kan lämnas av kunden, dess anhöriga, personal, andra aktörer eller kommuninvånare. Synpunkterna kan komma in muntligt eller skriftligt tex genom telefonsamtal eller genom kommunens "Vi vill veta vad du tycker".

Om ärendet inkommer som en synpunkt eller ett klagomål så ska detta registreras och hanteras enligt kommunens gemensamma rutin – se Ögat [Synpunktshantering – Östra Göinge Intranät \(ostragoinge.se\)](#).

Avvikelse

En avvikelse uppstår tex när den enskildes insatser utifrån beslut enligt LSS eller SoL inte utförs enligt överenskommelse i genomförandeplanen. Avvikelser kan också gälla bemötande, samverkan, handläggning, dokumentation, lokala rutiner eller fysisk miljö.

Exempel på avvikelser (om den enskilde inte blivit utsatt för missförhållande eller blivit allvarligt påverkad av händelsen):

- Förväxling av identitet i dokumentation
- Felaktigt utförd insats
- Felaktig eller otillräcklig information, instruktion eller dokumentation
- Brister i arbetsrutiner, i organisationen eller i samarbete
- Undlåttande att följa gällande lagar, rutiner eller andra styrdokument

Om den enskilde avböjer en insats eller om en överenskommelse görs med den enskilde att ändra tiden på en insats är det inte en avvikelse.

Rapporterad vårdskada eller risk för vårdskada

En vårdskada eller risk för vårdskada är allt som inte stämmer med normala rutiner eller förväntat vårdförlopp. Det kan vara tex:

- Läkemedelshantering ex fel dos, utebliven dos
- Fall – med eller utan skada
- Otydliga ordinationslistor/signeringslistor
- Otillräckliga resurser i kompetens, bemanning, lokaler eller utrustning
- Förväxlingar i identitet, läkemedel eller dokumentation
- Vårdrelaterade infektioner eller trycksår uppkomna i egen verksamhet
- Utebliven, fördröjd eller felaktig bedömning, behandling, undersökning eller träning.
- Felaktigt utförd omvårdnad
- Brister i dokumentation, information, instruktion eller rapportering
- Felaktig användning av medicinskt tekniska produkter
- Avsteg från patientens vårdplan
- Brister i arbetsrutiner, i organisation eller i samarbete
- Brister i bemötande eller bristande delaktighet för patienten
- Bristande kommunikation
- Oföljsamhet till gällande lagstiftning, rutiner eller andra styrdokument

En rapport om vårdskada ska göras om en patient i samband med hälso- och sjukvård upplevt eller riskerat att uppleva lidande – fysiskt, psykiskt, skada, sjukdom eller dödsfall – som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder genomförts.

Rapporterat missförhållande eller risk för missförhållande (Lex Sarah)

Lex Sarah är en rapport i samband med insatser inom Socialtjänstlagen eller LSS. Lex Sarah-rapportering sker när en händelse av mer allvarlig karaktär har inträffat. Det som inträffat har inneburit en risk för ett missförhållande eller ett faktiskt missförhållande för den enskilde. Definitionen av missförhållande är att det kan vara att något har inträffat, men det kan också vara någon insats som någon av försummelse eller andra skäl inte har utfört.

Exempel på utförda handlingar eller underlåtelse av handling som kan räknas som missförhållande:

- **Psykiska övergrepp** (ex hot, bestraffningar, skrämning, kränkning)
- **Fysiska övergrepp** (ex slag, nypningar, hårda tag, skakningar, fasthållning)
- **Brister i utförande av insats** (ex omvårdnad, tillsyn, hygien)
- **Brister i bemötande** (mot den enskilde eller dess ägodelar. Brister mot den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet)
- **Brister i rättssäkerhet** (ex lång utredningstid, otillräcklig utredning, missad uppföljning)
- **Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik** (ex larm som inte fungerar, brister i dokumentationssystemet, grind som inte stängts för trapp)
- **Ekonomiska övergrepp** (stöld, medicinstöld, förskingring, utpressning)
- **Sexuella övergrepp** (ex antydningar av olika slag, smekning)

Händelsen eller risken för händelsen ska ha inneburit ett hot mot eller medfört konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa.

Förtydligande gällande fall

Samtliga fall rapporteras på de kunder/patienter som har kommunens insatser. Detta innebär att personal inte behöver vara närvarande vid fallet. Avvikelse fall, med eller utan skada, rapporteras i avvikelssystemet samma dag som fallet inträffar. I systemet noteras om kunden har hemsjukvård.

Fall hos de kunder som inte har hemsjukvård rapporteras och hanteras som en SoL/LSS-avvikelse. Fall hos patienter med hemsjukvård rapporteras som en HSL-avvikelse. Om kunden finns i Senior alert ska fallet även registreras där.

Avvikelse rapporten skickas till närmsta chef.

Chefen för den enhet där händelsen inträffade ansvarar för att bedöma, utreda och åtgärda avvikelserna. Utredningen görs tillsammans med berörd personal och inom Hälsa och omsorg tillsammans med teamet. Chefen ansvarar även för att händelsen och åtgärderna följs upp samt därefter avslutar rapporten. Inom Hälsa och omsorg kan även detta göras tillsammans i teamet.

Undantag från att skriva fallrapport kan ske i enskilda specifika ärenden. Det får endast inträffa om fallet inte lett till fallskador och där fallet inte föranletts av brister i samband med undersökning, vård, behandling eller omsorg. Dessa fall ska alltid rapporteras. I de fall som kan vara undantagna ska teamet (Hälsa och omsorg) ha vidtagit alla tänkbara förebyggande åtgärder. Om kund faller på liknande sätt trots vidtagna åtgärder, dokumenteras fallet i SoL/LSS-journalen samt patientjournalen. Fallet registreras i Senior alert (om det är aktuellt).

Beslutet att inte längre skriva fallrapporter på enskild kund/patient ska dokumenteras av enhetschef i SoL/LSS-journalen samt av legitimerad personal i patientjournalen.

Uppenbara olyckshändelser som att person snubblat över vattenslangen, klättrat upp på stege och trillat ner eller liknande noteras för statistik på fall och utreds inte vidare. Anledning till varför fallet inte utreds vidare ska framgå i dokumentationen ex bedöms som olyckshändelse eller patient har inte följt instruktion för fallförebyggande åtgärder.

Avvikelse med medicinteknisk produkt

Avvikelse där ett hjälpmedel har varit inblandat ska rapporteras av den personal som upptäcker händelsen eller får kännedom om den. Rapporten görs i verksamhetssystemet och skickas via avvikelsesystemet till MAS.

Hjälpmedel som varit inblandat i en avvikelse ska tas tillvara för att möjliggöra en fortsatt utredning. Personal som tar hjälpmedlet i förvar ser till att det kommer till hjälpmedelsförrådet. Hjälpmedlet får inte repareras. Enda undantaget är när hjälpmedlet, på grund av patientens speciella behov, inte kan ersättas med annat hjälpmedel. När detta uppstår tas kontakt med MAS för råd i hanteringen. Även bruksanvisning och eventuell förpackning tas tillvara tills tillverkaren gett besked om de vill titta på hjälpmedlet, men längst tills ärendet är avslutat. Tillverkaren kan ta kontakt för att undersöka hjälpmedlet. Detta kan ske på plats eller genom att tillverkaren tar hjälpmedlet med sig.

MAS ska inleda en utredning snarast. Är det en allvarlig händelse ska den utredas med en händelseanalys. För hjälp med teknisk bedömning kan Hjälpmedelscentrum Östra Skåne (HÖS) kontaktas.

Anmälan

Beslut fattas av MAS gällande anmälan till tillverkaren, Läkemedelsverket samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för kännedom. Anmälan ska göras så snart som möjligt.

De händelser som ska anmälas är funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda samt felaktigheter och brister i märkning eller bruksanvisning som:

- orsakar en patient, användares eller någon annan persons död
- orsakar att en patient, användare eller någon annan persons hälsotillstånd allvarligt försämrats
- kunde orsakat en allvarlig försämring av en patients, användares eller någon annan persons hälsotillstånd

I vissa fall, exempelvis vid handhavandefel av legitimerad personal, ska en anmälan även göras enligt rutin för lex Maria. Handhavandefel i samband med omvårdnadspersonals användning av hjälpmedel, som inte är delegerad eller ordinerad, i en omvårdnadssituation ska rapporteras enligt lex Sarah.

beslut om anmälan fattats informerar MAS verksamhetsområdeschef, kommundirektören, avdelningschef samt enhetschef ReHab. MAS informerar även HÖS om

den aktuella anmälan.

Genomförda händelseanalyser samt i förekommande fall svar från IVO delges berörda genom MAS samt tas upp för kännedom i kvalitetsrådet.

Rapportering av brister i vårdens övergångar

Som ett led i att systematiskt arbeta med förbättringsarbete mellan vårdgivare rapporteras brister i vårdens övergångar. Samverkan bygger på sammanhållna vårdprocesser där den totala kvaliteten i samverkan kring den enskilde är det som ger mervärde. Utifrån erfarenheterna av inträffade händelser kan riskerna i vårdens övergångar minimeras. Ett lärande av händelserna bidrar även till att minska risken för att liknande händelser upprepas.

Utgående rapport till annan vårdgivare

- Händelserapporter till annan vårdgivare registreras i verksamhetssystemet med MAS som mottagare.
- MAS ansvarar för att skicka avvikelser till rätt vårdgivare för bemötande.
- MAS ansvarar för återkoppling till verksamheterna då svar återkommer från annan vårdgivare.
- Rapporteringen redovisas av MAS i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Inkommande rapport från annan vårdgivare

- MAS ansvarar för att registrera inkomna avvikelser från andra vårdgivare i verksamhetssystemet.
- Avvikelsen skickas till berörd verksamhet för utredning enligt rutin.
- Då utredning och åtgärder är slutförda ansvarar utredande verksamhet för att via meddelandefunktionen informera MAS att utredning är klar.
- MAS återkopplar till rapporterande vårdgivare.

Rapportering av brister gällande extern vårdgivare

Som ett led i att systematiskt arbeta med förbättringsarbete mellan externa vårdgivare rapporteras brister i vården. Händelser kan gälla brister som kommunen upptäcker i tex

externa personligt assistansärende eller köpta platser. Händelser kan även gälla att kommunen brister där bristen upptäcks av extern vårdgivare. Ett lärande av händelserna bidrar till att minska risken för att liknande händelser upprepas.

Utgående rapport till annan vårdgivare

- Händelserapporter till annan vårdgivare registreras i verksamhetssystemet med SAS som mottagare.
- SAS ansvarar för att skicka avvikelsen till rätt vårdgivare för bemötande.
- SAS ansvarar för återkoppling till verksamheterna då svar återkommer från annan vårdgivare.

Inkommande rapport från annan vårdgivare

- SAS ansvarar för att registrera inkomna avvikelser från andra vårdgivare i verksamhetssystemet.
- Avvikelsen skickas till berörd verksamhet för utredning enligt rutin.
- Då utredning och åtgärder är slutförda ansvarar utredande verksamhet för att via meddelandefunktionen informera SAS att utredning är klar.
- SAS återkopplar till rapporterande vårdgivare.

Mottagare

Mottagare för samtliga inrapporterade händelser är närmaste chef. Mottagande chef ansvarar för att involvera berörda i utredningen. Chefer inom Hälsa och omsorg ansvarar för att ta med avvikelsen till teamet. Beslut om åtgärder tas gemensamt.

Bedöms avvikelsen tillhöra ett annat område skickar enhetschefen avvikelsen dit.

Bedöms en annan enhetschef behöva delta i utredningen av avvikelsen tas denna kontakt snarast.

Är det en chef involverad i händelsen ska avvikelsen skickas till överordnad chef som då ansvarar för utredningen.

Läsa inkomna avvikelser

Samtliga som kan vara aktuella för att ta emot inrapporterade avvikelser ansvarar för att en gång per arbetspass se över inkomna avvikelser för eventuella akuta åtgärder.

Vid ledighet ska ersättare utses.

Information till medarbetar kring avvikelshantering

Berörd chef är ansvarig för att samtliga medarbetar har kännedom om rutinen samt kunskap om vikten av att registrera avvikelser. Informationen ska ges vid såväl introduktion av nyanställda samt fortlöpande till samtlig personal, minst en gång per år. Samma informationsansvar gäller för studenter/elever.

Systematisk uppföljning av avvikelser

Systematisk uppföljning handlar om att dokumentera, analysera och sammanställa samtliga avvikelser för att hitta och åtgärda återkommande brister i verksamheten. Detta arbete är viktigt i kartläggningen av brister i verksamhetens kvalitet. Sammanställningen ska utföras på samtliga organisatoriska nivåer.

- Enhetschefen för sin verksamhet
- Avdelningschef för sitt verksamhetsområde
- SAS och MAS för hela verksamheten

Resultatet redovisas i egenkontroll.

Arbetsrättsliga åtgärder

Eventuell arbetsrättslig utredning och åtgärder utförs av ansvarig chef enligt gällande rutin. Utredningarna av arbetsrättsliga åtgärder och själva avvikelserna skrivs separat. Utredningarna kan ske parallellt, men ska skiljas åt då de har olika syften och perspektiv. En avvikelse utgår från kund/patientperspektiv och säkerheten i vård och omsorg.

Brottslig handling

Om den enskilde har utsatts för något som kan vara en brottslig handling ska den drabbade alltid i första hand själv anmäla brottet eller misstanke om brott. Om den enskilde inte kan det kan förvaltningen behöva ta ställning till om händelsen eller en anställd ska polisanmälas. Det finns alltid möjlighet att rådfråga polisen inför en anmälan. Att vara polisanmäld är inte detsamma som att vara dömd för brott. Ytterst avgörs den frågan av rättsväsendet dvs polis, åklagare och domstol.

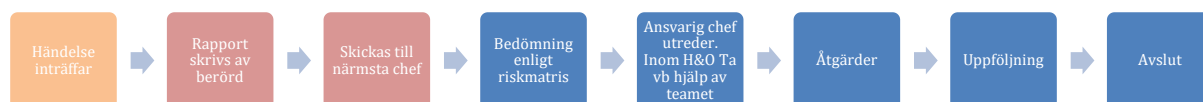
Tidsperspektiv

Utredningen av avvikelser ska påbörjas, utredas och åtgärdas skyndsamt. Prioriteringen görs av ansvarig chef, inom Hälsa och omsorg i samräde med teamet. Vid alla avvikelser där kund/patient/anhörig är involverade i händelsen ska dessa informeras och ges möjlighet att lämna synpunkter på händelsen. Om utredningen kräver omfattande tid ska kund/patient/anhörig fortlöpande hållas underrättad.

Utredningens omfattning

Utredningen ska göras så omfattande som behovet kräver. Det innebär att vissa utredningar kan vara kortfattade medan andra blir mer omfattande. Det viktiga är att utredningen mynnar ut i svaret på – vad var det som hände och vad gör vi för att det inte ska hända igen.

Utredningsprocessen



Utgångspunkten är att alla avvikelser ska utredas på den enhet/inom den verksamhet som berörs.

Efter att ansvarig chef fått en första inblick i vad som hänt ska avvikelserna bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Bedömningen görs för att ta reda på vem som ska utreda händelsen enligt matrisen – ansvarig chef, SAS/MAS eller gemensamt. Utredningen av händelsen påbörjas snarast av ansvarig chef i samverkan med berörd personal. I varje verksamhet ska regelbundna möten hållas där avvikelser hanteras, utreds, åtgärdas och följs upp.

Utredningen ska ge svar på:

- Vad var det som hände?
- Varför hände det? Bakomliggande orsaker
- Hur förhindras en upprepning av händelsen?

För att kunna vidta rätt åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen är det viktigt att analysera och utreda bakomliggande orsaker. Ett enkelt sätt är att använda *varför-därför-metoden* (se checklista).

Bedömning av allvarlighetsgrad / konsekvens

Bedöm aktuell händelsen genom att jämföra från exempel nedan:

<p>Mindre (1)</p>	<p>HSL- Obehag eller obetydlig skada, ex feldosering i dosett som upptäcks före överlämnande, fallolycka utan att skada uppstått.</p> <p>SoL/LSS- Brister i omsorg eller avvikelse av beviljad insats som lett till mindre obehag ex: uteblivet städ eller tvätt.</p>
<p>Måttlig (2)</p>	<p>HSL- Förlängd vårdepidod för en eller två patienter. Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter. Övergående funktionsnedsättning, utebliven dos som inte leder till men för den enskilde, feldosering, inte följt gällande rutin dock liten eller ingen konsekvens för den enskilde, fallolycka med måttlig skada, ingen fraktur.</p> <p>SoL/LSS- Brister i omsorg eller avvikelse av beviljad insats som lett till obehag för den enskilde ex. utebliven dusch eller inköp.</p>
<p>Betydande (3)</p>	<p>HSL- Förhöjd vårdepidod för tre eller fler patienter. Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter. Kvarstående måttlig nedsatt funktionsnedsättning, förlängd vårdtid, eller fått byta vårdmiljö på grund av det som inträffat, missade läkemedel som insulin, blodförtunnande läkemedel, smärtstillande narkotiska preparat, förväxling av doser, feldosering, vårdrelaterade infektioner, fallolycka med större skada ex: fraktur.</p> <p>SoL/LSS- Brister i omsorg eller avvikelse av beviljad insats och/ eller brist i bemötande som leder till omfattande obehag för den enskilde ex: utebliven tillsyn eller personlig hygien då det finns omfattande behov</p>
<p>Mycket hög eller katastrofal (4)</p>	<p>HSL- Dödsfall, självmord eller större kvarstående stor funktionsnedsättning, sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk ex: fall med skallskada eller dödsfall som följd.</p> <p>SoL/LSS- Fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp, brist i omsorg som utgör hot mot den enskildes liv, hälsa eller säkerhet, brott mot sekretesslagen.</p>

Bedömning av sannolikhet för upprepning

Bedöm aktuell händelse genom att jämföra med exempel nedan:

Sannolikhet för inträffande	Förekomst
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen eller vid ett av tre tillfällen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka eller vid ett av tio tillfällen
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år eller mer sällan

Matris

Multiplitera resultatet från bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. Använd nedanstående matris.

		Allvarlighetsgrad / konsekvenser			
		Mindre (1)	Måttlig (2)	Betydande (3)	Katastrofal (4)
Sannolikhet för att händelsen upprepas	Mycket stor (4)	4	8	12	16
	Stor (3)	3	6	9	12
	Liten (2)	2	4	6	8
	Mycket liten (1)	1	2	3	4

Tolkning av resultatet

Färg	Utredare
Grönt	Ansvarig chef (inom Hälsa & omsorg i samverkan med teamet)
Gult	Ansvarig chef (inom Hälsa & omsorg i samverkan med teamet) efter diskussion och bedömning av SAS/MAS
Rött	SAS/MAS

Dokumentationen av utredningen

I dokumentationen av utredningen ska det framgå:

- Vad som hänt och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde
- När den rapporterade avvikelser tagits emot
- När avvikelser har inträffat
- När och hur avvikelser har uppmärksamats
- Orsaker och bakomliggande orsaker till avvikelser
- Finns tillräckliga rutiner?
- Har involverad personal tillräcklig kompetens?
- Om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det händer igen
- Bedömning om något liknande kan hända igen
- Vilka åtgärder som vidtagits och när de gjordes
- Vilka åtgärder som planeras att utföras
- Vad som i övrigt framkommit i utredningen
- Vilka beslut eller ställningstagande som utredningen avslutas med.

Åtgärda

Analys och identifierade bakomliggande orsaker ligger till grund för förbättringsåtgärderna. Åtgärderna kan vara på individnivå, enhetsnivå eller på verksamhetsövergripande nivå. Vid behov upprättas en handlingsplan med tidsplan där ansvariga utses.

Beskriv åtgärderna noggrant. Text är "ta upp på apt" ingen tillräcklig dokumentation av åtgärd. Dokumentera vad som togs upp och med vilken grupp, när. Eventuella diskussioner som förekom.

Följa upp

Ansvarig chef ansvarar för att följa upp avvikelserapporten och de förbättringsåtgärder som planerats och vidtagits. Chefen ansvarar också för att sprida kunskapen i händelsen och dess konsekvenser i övriga verksamheter i syfte att bidra till lärande och ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Avsluta inrapporterad händelse

Avvikelsen avslutas när händelsen är utredd, åtgärdad och uppföljningen är genomförd. Avvikelsen avslutas av ansvarig chef.

Händelser med omfattande åtgärder som kräver uppföljning längre fram, ligger öppna och avslutas först då uppföljningen är dokumenterad som utförd.

Vid avslut av tjänst

Den som slutar sin tjänst och är mottagare av avvikelser ansvarar för att ha åtgärdat och avslutat liggande avvikelser alternativt vidarebefordra avvikelserna till annan ansvarig.

Anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

Lex Sarah-anmälan

Enligt bestämmelserna om rapporteringsskyldigheten Lex Sarah i socialtjänstlagen och LSS ska missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande som bedöms som allvarligt snarast anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Med allvarlig menas ett allvarligt hot mot eller som medfört allvarliga konsekvenser för den enskildes liv, säkerhet, fysisk eller psykisk hälsa.

Exempel på faktorer som kan ha betydelse vid bedömning av allvarlighetsgrad:

- Dödsfall som inte beror på naturlig död
- Inlåsning eller tvångsåtgärd utan lagstöd
- Allvarliga eller bestående fysiska skador
- Allvarliga psykiska konsekvenser
- Förlust av betydande rättigheter som den enskilde har enligt lag, förordning eller föreskrift.

I Östra Göinge kommun tas beslutet om Lex Sarah-anmälan ska skickas vidare till IVO av socialt ansvarig samordnare, SAS, enligt delegation.

Det är även SAS som utreder och handlägger ärendet. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Förvaltningen ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter skicka in den utredning av händelsen som föreskrivs i 14 kap. 7 § SoL eller 24 § LSS. Anmälan görs på IVO's blankett "Anmälan – lex Sarah". Se SOSFS 2011:5

Tillvägagångssätt vid anmälan:

- Inrapporterade missförhållanden samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra ett missförhållande rapporteras och utreds i avsett verksamhetssystem enligt gällande rutin.
- Påvisar utredningen enligt riskmatrisen att missförhållandet eller risken för missförhållandet vara allvarlig (rött i matrisen) skickas rapporten till SAS. Telefonsamtal eller mail skickas samtidigt för att säkerställa att SAS mottagit rapporten.

- SAS bedömer, utreder och anmäler händelsen enligt gällande lag 14 kap. 7§ SoL eller 24§ LSS. Berörd verksamhetsområdeschef, kommunchef samt avdelningschef hålls fortlöpande informerade om ärendet.
- Vid återkoppling av ärendet från IVO ansvarar SAS för ingående återkoppling av ärendet till berörd verksamhetsområdeschef, kommunchef samt avdelningschef för vidare återkoppling till berörd verksamhet.

Lex Maria-anmälan

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Denna regel kallas Lex Maria ([HSLF-FS 2017:41](#))

4 § Anmälan enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska göras av den som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten. I Östra Göinge kommun utreder och handlägger Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) enligt delegation ärenden som ska anmäls enligt Lex Maria.

Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter ge in den utredning av händelsen som föreskrivs i 3 kap. 3 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659). Vårdgivaren ska ange när utredningen kommer att lämnas in om den inte kommer in samtidigt med anmälan.

Definitioner

Med *vårdskada* avses enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med *allvarlig vårdskada* avses enligt samma bestämmelse vårdskada som:

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Anmälan görs på avsedd blankett som finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats.

Tillvägagångssätt vid anmälan:

- Inrapporterade risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras och utreds i avsett verksamhetssystem enligt gällande rutin.



- Påvisar utredningen att vårdskadan eller risken för vårdskada bedöms enligt matris vara allvarlig skickas händelsen vidare i verksamhetssystemet till MAS. Telefonsamtal eller mail skickas samtidigt för att säkerställa att MAS mottagit händelsen.
- MAS bedömer, utreder och anmäler händelsen enligt gällande föreskrift HSLF-FS 2017:41. Verksamhetsområdeschef, kommunchef samt berörd avdelningschef hålls fortlöpande informerade om ärendet.
- Vid återkoppling av ärendet från IVO ansvarar MAS för ingående återkoppling av ärendet till verksamhetsområdeschef, kommunchef samt berörd avdelningschef för vidare återkoppling till berörd verksamhet.

Antalen inskickade Lex Maria redovisas årligen i patientsäkerhetsberättelsen.

